

CareFirst

Medicare Advantage

2025

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage DSNP Inc., que es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

Y0154_H8854_002_MA02326_M_SPN

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Este documento proporciona información detallada acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, es ofrecido por CareFirst Advantage DSNP, Inc. (que opera con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage). (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa CareFirst Advantage DSNP, Inc. (que opera con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage). Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, significa CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime).

Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). También podemos brindarle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Le informaremos los cambios a las personas inscritas con, al menos, 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y sus derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y la distribución de costos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda;
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Y0154_H8854_002_MA02326_C_SPN

Índice**Evidencia de cobertura 2025****Índice**

CAPÍTULO 1:	<i>Inicio como miembro</i>	5
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	9
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime	11
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan	17
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2:	<i>Recursos y números de teléfono importantes</i>	20
SECCIÓN 1	Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	21
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	27
SECCIÓN 3	State Health Insurance Assistance Program (ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas sobre Medicare)	29
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	30
SECCIÓN 5	Seguro Social	31
SECCIÓN 6	Medicaid	31
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	33
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	37
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	39
SECCIÓN 1	Información que debe saber para obtener la cobertura de la atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan	40
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	42
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	46

Índice

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?	48
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	49
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	51
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	52
CAPÍTULO 4:	<i>Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	54
SECCIÓN 1	Explicación sobre los gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	55
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para conocer qué tiene cubierto y cuánto deberá pagar	57
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime?	111
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	112
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	115
SECCIÓN 1	Introducción	116
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	117
SECCIÓN 3	Los medicamentos deben estar incluidos en la Lista de medicamentos del plan	121
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	123
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted desea?	124
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de los medicamentos?	126
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	128
SECCIÓN 8	Cómo obtener sus medicamentos recetados	129
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	130
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	131
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	134
SECCIÓN 1	Introducción	135
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento	137

Índice

SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra	138
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	140
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos y usted paga la suya	140
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	145
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que debe pagar depende de cómo y dónde las compre	145
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos</i>	147
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos los medicamentos o servicios cubiertos	148
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	150
SECCIÓN 3	Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no	151
CAPÍTULO 8:	<i>Derechos y responsabilidades</i>	153
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	154
SECCIÓN 2	Usted tiene responsabilidades como miembro del plan	169
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	171
SECCIÓN 1	Introducción	172
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	173
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	173
SECCIÓN 4	Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare	174
SECCIÓN 5	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	175
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura	178
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	186
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto	195

Índice

SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	200
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más	204
SECCIÓN 11	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos	206
SECCIÓN 12	Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicaid</u>	210
CAPÍTULO 10: Finalización de su membresía en el plan		211
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	212
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	212
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	215
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos a través de nuestro plan	217
SECCIÓN 5	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos	217
CAPÍTULO 11: Avisos legales		220
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	221
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	221
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	221
SECCIÓN 4	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	222
CAPÍTULO 12: Definiciones de términos importantes		224

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, un plan Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales)**

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Original Medicare.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es un Plan especializado de Medicare Advantage (un Plan para Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid con la distribución de costos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime le ayudará a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los Planes de Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid del estado de Maryland para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura para medicamentos recetados.

La **cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Sobre qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

En este documento de *Evidencia de cobertura*, se le indica cómo obtener la atención médica y los medicamentos recetados de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como afiliado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica y a los servicios médicos y medicamentos recetados que están disponibles para usted como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que dedique un tiempo para familiarizarse con este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime entre el 1.º de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicios diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cada año. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro**SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?****Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

Usted reúne los requisitos para la membresía en nuestro plan siempre que:

- Usted tiene la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicios (la Sección 2.3 a continuación detalla nuestra área de servicios). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio a pesar de que se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos
- -- y -- reúna los requisitos especiales que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos). A fin de reunir los requisitos para nuestro plan, debe reunir los requisitos tanto para Medicare como Medicaid y deben designarlo como Doblemente elegible con beneficios completos (FBDE) o Beneficiario calificado de Medicare (QMB) conforme al programa de asistencia médica de Maryland (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde su elegibilidad, pero existe la posibilidad de que la recupere en un plazo de dos (2) meses, entonces todavía reúne los requisitos para la membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se le informa sobre la cobertura y la distribución de costos durante un período de elegibilidad que se considera continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo gestionar su programa con la condición de que respeten las pautas federales.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otras distribuciones de costos (por ejemplo, deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- **Doblemente elegible con beneficios completos (FBDE):** una persona que reúne los requisitos para Medicaid, ya sea categóricamente o a través de grupos de cobertura opcionales como el de personas con necesidades de atención médica (Medically Needy) o niveles de ingresos especiales (Special Income Levels), para exenciones institucionales o domiciliarias y comunitarias, pero que no cumple los criterios de ingresos o recursos para ser un QMB o Beneficiario de Medicare con Bajo Ingreso Especificado (SLMB).

Sección 2.3 Esta es el área de servicios del plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: Maryland.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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



Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o persona con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro en función de este requisito. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe anular su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor la tarjeta de Medicaid. Este es un ejemplo de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime HMO-SNP This benefit plan provides covered services for the named member. Member only has coverage for urgent and emergent care and renal dialysis outside of CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage's service area.		carefirst.com/mddsnp Important Phone Numbers Member Services: 844-386-6762 Pharmacy Services: 844-786-6762 Behavior Health Services: 844-470-6334 24-Hour Nurse Advice Line: 800-229-8201 Dental Services: 844-474-6334 Hearing Services: 877-438-9544 Vision Services: 844-475-6334 Routine Transportation: 844-476-6334 Over-The-Counter Rx/Products: 844-479-6334 TTY: 711 Provider Services: 1-800-730-8543 PROVIDERS MUST NOT BILL MEDICARE.	
Member Name	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime HMO-SNP CMS-H8854-PBP 002		CareFirst Providers:		
CareFirst MA-DSNP Member ID DNP plus Enrollee #	RxBIN RxPCN RxGRP	004336 MEDDADV Rx8575	Hospital/Medical Paper Claims Only P.O. Box 14361 Lexington, KY 40512		
Effective Date	BC/BS Plan Code	696	Rx Claims Submission Address P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2006		
Issuer PCP PCP Phone #	Medicaid ID		Other Providers: file claims with your local BlueCross and/or BlueShield Plan.		
					
			<small>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage DSNP, Inc., which is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. 207200</small>		

Mientras sea miembro de este plan, NO utilice la tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios para enfermos terminales o si necesita participar en estudios de investigación aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si la tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de Proveedores*, se enumeran nuestros actuales proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, los grupos médicos, los proveedores de equipos médicos duraderos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si recibe servicios en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente 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 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla a Servicios para Miembros (en formato electrónico o impreso). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. La lista más reciente de proveedores, farmacias y vendedores de la red también está disponible en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms/> enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestros planes. En el *Directorio de farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo puede recurrir a las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene su copia del *Directorio de farmacias*, puede solicitarla a Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Especifica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

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

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

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

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 en la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser menor

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” (Extra Help) y los Programas estatales de asistencia farmacéutica.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

En el Capítulo 2, Sección 7, se explican en más detalle estos programas. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe la ayuda de uno de estos programas, **la información sobre primas contenida en esta Evidencia de cobertura puede no corresponder a su caso.** Le enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocido como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si no recibe este documento, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare y Usted 2025* la sección llamada *2025 Costos de Medicare*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2025, la prima mensual de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es \$40.30.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagándolas usted para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doblemente elegible, pero si pierde la condición puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial hay un período de 63 días consecutivos, o más, durante el cual no tuvo la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida. La cobertura válida para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados.
- Si ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura válida.
- Si ha tenido una cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, por ejemplo, un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Veterans Health Administration (VA). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados válida y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** Los siguientes ejemplos *no* son coberturas de medicamentos recetados válidas: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

- Primero se cuenta el número de meses en total que usted tardó en inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O se cuenta el total de meses completos en que usted no tuvo cobertura válida para medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en todo el país tomando como base el año anterior. Para 2025, este monto promedio de la prima es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. Esto se redondea a \$5.20. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres factores importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede variar todos los años** porque la prima mensual promedio puede variar todos los años.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en el transcurso de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, en caso que estuviera pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, usted no tendrá otra oportunidad de solicitar una revisión sobre la multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

Es posible que algunos miembros estén obligados a pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula con su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto está por encima de cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional. El monto adicional se deducirá del cheque de beneficios que recibe del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague la prima del plan de manera habitual, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe abonar el monto adicional al Gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se anulará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de Pago por Medicamentos Recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 se brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas maneras de pagar la prima del plan

Existen tres maneras de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque

Puede pagarnos la prima mensual de su plan con cheque o giro postal a través de nuestro proceso de facturación directa. Todos los cheques o giros postales deben ser pagaderos a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Se le devolverá cualquier cheque o giro postal pagadero a otra entidad (por ejemplo, CMS o Health and Human Services). Los pagos de las primas mensuales del plan vencen el primer día de cada mes para la cobertura del mes actual. Debemos recibir su cheque o giro postal y el comprobante de pago del mes correspondiente en nuestra oficina a más tardar el primer día de cada mes para evitar que su cuenta incurra en mora. Todos los pagos de las primas mensuales del plan deben enviarse a la siguiente dirección, que aparece en nuestro comprobante de pago.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Attention: Premium Billing

P.O. Box 69044

Baltimore, Maryland 21264-9094

Opción 2: Puede hacer que la prima de su plan se deduzca de su cuenta corriente.

Puede retirar su prima mensual del plan de su cuenta corriente bancaria automáticamente con nuestra opción de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT). Para seleccionar esta opción, deberá completar el formulario EFT, que se puede encontrar en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/, o llamando a Servicios para Miembros para recibir asesoramiento. Los formularios completados deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Attention: Premium Billing

P.O. Box 915

Owings Mills, MD 21117

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Puede esperar que las primas de su plan mensual se retiren automáticamente de su cuenta bancaria el día 15 de cada mes o el día hábil siguiente después del día 15. Según el momento en que se reciba el formulario EFT completado, es posible que la primera deducción sea la prima de los dos primeros meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la EFT.

Opción 3: Deducción de la prima de su cheque mensual del Seguro Social**Cómo cambiar la manera en que usted paga su prima**

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo. Si desea cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su prima del plan

El pago de la prima del plan vence y debe llegar a nuestras oficinas a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 60 días.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con su prima del plan.

Si finalizamos su membresía porque no pagó su prima del plan, tendrá cobertura de salud de Original Medicare. Mientras reciba “Ayuda Adicional” (Extra Help) con los costos de sus medicamentos recetados, seguirá teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare le inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

En la fecha en que demos por finalizada su membresía, es posible que usted aún nos deba las primas que no pagó. Tenemos derecho a cobrar el monto que usted adeude.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar un reclamo (o queja). Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar un reclamo. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. Para reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En el Capítulo 9, Sección 11 de este documento, se le indica cómo presentar reclamo. También puede llamarnos al 410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762 en el horario de los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud dentro de los 60 días calendario después de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto puede suceder si usted pasa a reunir los requisitos para beneficiarse del programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro califica para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar la prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, incluido el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de la distribución de costos que le corresponden.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se le ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna de esta información, comuníquenosla llamando a Servicios para Miembros.

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

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina pagador secundario, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- Indemnización por accidentes de trabajo

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

CAPÍTULO 2:

Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Será un gusto ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	844-961-0696
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Services Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
SITIO WEB	www.carefirstmddsnp.com/

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar apelaciones o decisiones de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de

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

Método	Decisiones de cobertura de atención médica. Información de contacto
LLAME AL	<p>410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p><i>Fuera del horario de atención, los miembros pueden dejar un mensaje de voz seguro para decisiones de cobertura expeditivas por atención médica en el momento.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	443-552-7408
ESCRIBA A	<p>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Clinical Operations - Organization Determinations P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117</p>
SITIO WEB	www.carefirstmdsnp.com/

Método	Apelaciones de atención médica. Información de contacto
LLAME AL	<p>410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p><i>Fuera del horario de atención, los miembros pueden dejar un mensaje de voz seguro para apelaciones expeditivas en el momento.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p>

Método	Apelaciones de atención médica. Información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	844-405-2158
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Appeals & Grievances Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
SITIO WEB	www.carefirstmddsnp.com/

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	844-786-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	https://www.carefirstmddsnp.com/For-Members/Pharmacy-Forms

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	844-786-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.
TTY	711

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	<p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.</p>
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	<p>CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000</p>
SITIO WEB	https://www.carefirstmddsnp.com/For-Members/Pharmacy-Forms

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente un reclamo sobre la atención médica

Usted puede presentar un reclamo acerca de nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre atención médica. Información de contacto
LLAME AL	<p>410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p><i>Fuera del horario de atención, los miembros pueden dejar un mensaje de voz seguro para realizar reclamos expeditivos en el momento.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	844-405-2158

Método	Reclamos sobre atención médica. Información de contacto
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Appeals & Grievances Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Método	Reclamos por medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	844-786-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Dónde debe enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no está autorizado a reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos por Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre una factura de atención médica o sobre un medicamento que recibió, llame a Servicios para Miembros. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este documento).

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que usted piensa que debemos pagar, puede que tenga que pedirnos un reembolso o pagar la factura del proveedor.

Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago por atención médica: Información de contacto
LLAME AL	410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	844-405-2158
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Claims Reimbursement P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
SITIO WEB	www.carefirstmddsnp.com/

Método	Solicitudes de pago por salud mental: Información de contacto
LLAME AL	844-470-6334 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Método	Solicitudes de pago por salud mental: Información de contacto
FAX	844-405-2158
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage c/o Beacon Health Options P.O. Box 1850 Hicksville, NY 11802
SITIO WEB	www.carefirstmddsnp.com/

Método	Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	844-786-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.carefirstmddsnp.com/

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

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con discapacidades y pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de Requisitos para Participar en Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Localizador de Planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envíe su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e indicarle qué información está buscando. Encontrarán la información</p>

Método	Medicare – Información de contacto
	en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Maryland, el SHIP se denomina State Health Insurance Assistance Program.

State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar reclamos acerca de su atención o tratamiento médico y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de State Health Insurance Assistance Program también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de plan dentro de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] en el medio de la página). ▪ Seleccione su ESTADO de la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	State Health Insurance Assistance Program (SHIP de Maryland) : Información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o 800-243-3425
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 301 West Preston Street Baltimore, MD 21201

Método	State Health Insurance Assistance Program (SHIP de Maryland) : Información de contacto
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad encargada de atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Maryland, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas cubiertas por Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Maryland): información de contacto
LLAME AL	888-396-4646 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m., y de sábado a domingo, de 11 a. m. a 3 p. m. Correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con determinadas condiciones, reúnen los requisitos para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

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

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

Método	Seguro Social. Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años. Estos programas son:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguros y copagos).
- **Doblemente elegible con beneficios completos (FBDE):** una persona que reúne los requisitos para Medicaid, ya sea categóricamente o a través de grupos de cobertura opcionales como el de personas con necesidades de atención médica (Medically Needy) o niveles de ingresos especiales (Special Income Levels), para exenciones institucionales o domiciliarias y comunitarias, pero que no cumple los criterios de ingresos o recursos para ser un QMB o Beneficiario de Medicare con Bajo Ingreso Especificado (SLMB).

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, tiene derecho a recibir los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es un plan de salud privado aprobado por Medicare para ofrecer a nuestros miembros todos los beneficios habituales de Original Medicare, además de beneficios adicionales, como cobertura de medicamentos recetados al igual que beneficios dentales y oftalmológicos, comidas para miembros con ciertas enfermedades crónicas, podología de rutina, transporte de rutina y beneficios auditivos. Como su principal aseguradora, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es responsable de cubrir sus servicios de salud básicos, como servicios hospitalarios, servicios de médicos y cobertura de medicamentos recetados. Medicaid, su aseguradora secundaria, es responsable de considerar los costos no cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Consulte su Resumen de Beneficios.

El Departamento de Salud de Maryland (MDH) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con los problemas de servicio o facturación. También lo pueden ayudar a presentar una apelación o una queja contra nuestro plan.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con Maryland Medical Assistance.

Método	Maryland Medical Assistance: información de contacto
LLAME AL	410-767-6500 o 877-463-3464 De lunes a viernes 8:30am-5pm
TTY	800-735-2258 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://mmcp.health.maryland.gov

El State of Maryland Long-Term Ombudsman ayuda a las personas a obtener información acerca de los centros de convalecencia y a resolver problemas entre las residencias para ancianos y los residentes o sus familias.

Método	State of Maryland Long-Term Ombudsman: información de contacto
LLAME AL	410-767-1100, De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	State Long-Term Care Ombudsman Maryland Department on Aging 301 West Preston St., Suite 1007 Baltimore, MD 21201-2374
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-long-term-care-ombudsman.aspx

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

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

Programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare

Como usted reúne los requisitos para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No es necesario que haga nada más para obtener esta “Ayuda Adicional” (Extra Help).

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

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

Si considera que está pagando un monto incorrecto de distribución de costos cuando obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado o, si ya tiene la evidencia, entregárnosla.

- Usted o su farmacéutico deben comunicarse con Servicios para Miembros lo antes posible (los números telefónicos de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este documento).

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

- Informe a nuestro representante de Servicios para Miembros que considera que ha pagado un monto incorrecto por sus medicamentos recetados. Nuestro representante de Servicios para Miembros revisará con usted una lista de documentos aceptables que pueden ayudar a confirmar que usted calificó para recibir la “Ayuda Adicional” (Extra Help). Si tiene alguno de estos documentos, se le pedirá que envíe por fax una copia del documento a nuestra atención al número de fax que se indica a continuación. Si no tiene una máquina de fax, se le pedirá que envíe una copia por correo al Plan a la dirección que se indica a continuación.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Attention: Enrollment – Best Available Evidence

P.O. Box 915

Owings Mills, MD 21117

Fax: 443-753-2080 o al número gratuito 1-833-915-3864

Entre los ejemplos de evidencia se puede incluir cualquiera de los siguientes elementos:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento del estado que confirme su estado activo en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión del archivo electrónico del estado que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla del sistema de Medicaid estatal que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- En el caso de las personas que no se consideran elegibles, pero que solicitan y reúnen los requisitos para el LIS, una copia de la carta de concesión de la SSA
- Si se institucionaliza y califica para la exención de distribución de costos:
 - Un envío del centro que demuestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro durante un año calendario completo
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado institucional basado en, al menos, una estadía de un mes calendario completo para los fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior

Documentos adicionales de los CMS y de la SSA que respalden el nivel de distribución de costos de LIS del beneficiario:

- Aviso de consideración: pub. n.º 11166 (aviso de color morado)
- Aviso de inscripción automática: pub. n.º 11154 (aviso de color amarillo)
- Aviso de facilitación total: pub. n.º 11186 (aviso de color verde)
- Aviso de facilitación parcial: pub. n.º 11191 (aviso de color verde)

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

- Aviso de cambio de copago: pub. n.º 11199 (aviso de color naranja)
- Aviso de reasignación: pub. n.º 11208 y 11209

- Cuando envíe evidencia de que califica para la “Ayuda Adicional” (Extra Help), asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación del miembro que figura en su tarjeta de identificación del miembro. Si no tiene ninguna de estas formas de evidencia, pero cree que está recibiendo la “Ayuda Adicional” (Extra Help), trabajaremos directamente con los CMS para confirmar que reúne los requisitos. Por lo general, esto tarda entre 24 y 48 horas. Una vez que recibamos la respuesta de los CMS, haremos al menos cuatro (4) intentos para comunicarnos con usted, tres (3) por teléfono y uno (1) por carta, para informarle la respuesta que hemos recibido de los CMS en relación con su elegibilidad.
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que el monto de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por el monto que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar sus medicamentos recetados, las primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para AIDS (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para AIDS (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para AIDS (ADAP) ayuda a las personas con HIV/AIDS que reúnen los requisitos para ADAP a tener acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario del ADAP, califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados por medio de Maryland AIDS Drug Assistance Program. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado y la condición de HIV, bajos ingresos según lo defina el estado, y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Maryland AIDS Drug Assistance Program al 410-767-6535 o 800-205-6308 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m..

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad, su condición médica o discapacidad. Cada estado cuenta con normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Maryland, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

Método	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program : Información del contacto
LLAME AL	800-551-5995 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	800-877-5156 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Maryland - SPDAP c/o International Software Systems Inc. P.O. Box 749 Greenbelt, Maryland 20768-0749
SITIO WEB	http://marylandspdap.com

Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, le ofrece más ventajas que la participación en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Contáctenos o visite Medicare.gov para conocer si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare: Información de contacto
LLAME AL	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año

Método	Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare: Información de contacto
	Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
ESCRIBA A	P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
SITIO WEB	www.carefirst.com/mddsnp

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe los servicios de Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante informarles si se muda o si cambia su dirección postal. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
	<p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rb.gov/

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Información que debe saber para obtener la cobertura de la atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica y otros servicios. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que usted deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, el equipo, los medicamentos recetados y otra atención médica que el plan cubre.

Para obtener detalles sobre la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, consulte el cuadro de beneficios que se encuentra en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos; lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma de la distribución de costos como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, no pagará nada o pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se tratan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los que estén cubiertos por Original Medicare, según lo indicado en el Cuadro de beneficios médicos (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime en general cubrirá su atención médica si:

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesaria significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) de la red, quien le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina darle a usted una remisión. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
 - No está obligado a tener una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Usted también puede obtener otro tipo de atención sin que sea necesaria la aprobación por adelantado de su PCP.
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en la red que puedan proporcionar esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga en la red, con la aprobación previa de nuestro plan. En esta situación, nosotros cubriremos estos servicios que cubriríamos si obtuviese la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio del plan de manera temporal o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible de forma temporal o no se pueda acceder a él. La distribución de costos que usted paga al plan por la diálisis nunca puede exceder la distribución de costos de Original Medicare. Si usted está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su distribución de costos no puede exceder lo que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible de forma temporal y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica.**Definición de PCP y qué tipo de servicios presta un PCP**

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP suele ser un médico que cumple con los requisitos estatales y está formado y capacitado tanto para la prevención de enfermedades, como para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas. El PCP es el punto de acceso para la mayoría de sus necesidades de atención médica, y colabora con otros profesionales de la salud y coordina su atención con los especialistas adecuados.

Según el lugar donde vive, los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como PCP:

- Médico generalista
- Internista
- Médico de familia
- Geriatra
- Asistente médico
- Enfermero especializado

Recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también “coordinará” su atención médica. “Coordinar” sus servicios incluye consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y desarrollo. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, le recomendamos que envíe toda su historia clínica al consultorio del PCP. En el Capítulo 8, se explica cómo protegeremos la privacidad de su historia clínica y de su información personal de salud.

En algunos casos, es posible que su PCP deba obtener la aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Servicios de Salud para ciertos tipos de servicios o pruebas (esto se denomina “autorización previa”). Los servicios y artículos que requieren autorización previa se enumeran en el Capítulo 4.

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Puede seleccionar su PCP utilizando el *Directorio de proveedores y farmacias* accediendo a nuestro directorio de búsqueda en nuestro sitio [web en www.carefirst.com/mddsnp](http://www.carefirst.com/mddsnp), o puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

Nuestro plan seleccionará un PCP por usted en las siguientes situaciones:

- Si no seleccionó un PCP dentro de la red en el momento en que se inscribió.
- Si seleccionó un PCP fuera de la red en el momento en que se inscribió.
- Si seleccionó un PCP dentro de la red que no acepta pacientes nuevos y que no puede confirmarnos que usted es un paciente existente.
- Si seleccionó un PCP dentro la red que no acepta pacientes nuevos y usted no es un paciente existente.

Si selecciona un PCP de la red que no acepta pacientes nuevos, pero usted es un paciente existente, contactaremos al PCP para confirmar que usted es un paciente existente. Una vez que tengamos la confirmación, se le asignará ese PCP.

Recibirá una carta junto con su tarjeta de identificación que indica el PCP asignado. Sin embargo, si no está conforme con la selección del PCP, puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección) comunicándose con Servicios para Miembros al número que aparece en el dorso de este documento. Si desea recurrir a un hospital o especialista de la red en particular, asegúrese primero de que su PCP realice remisiones a ese especialista o tenga contacto con ese hospital.

Cómo cambiar a su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar de participar en la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros antes de concertar una cita con un nuevo PCP. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para Miembros si se atiende con algún especialista o si recibe otros servicios cubiertos coordinados por su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Servicios para Miembros verificará si el PCP al que quiere cambiarse acepta nuevos pacientes. Servicios para Miembros también trabajará con nuestro Departamento de Inscripción para cambiar su registro de afiliación a fin de que aparezca el nombre de su nuevo PCP. El cambio de PCP entrará en vigor inmediatamente después de recibir la solicitud. Recibirá una nueva tarjeta de identificación en la que figure su nuevo PCP.

También puede visitar nuestro sitio web en www.carefirst.com/mddsnp y descargar y completar el Formulario de solicitud de cambio de PCP si desea cambiar su PCP. Los formularios completados pueden enviarse por correo o fax según las instrucciones que aparecen en el formulario.

Sección 2.2 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una parte del cuerpo o enfermedad específica. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, de las articulaciones o de los músculos

Si necesita ciertos tipos de servicios cubiertos o suministros, su PCP puede recomendarle especialistas. No tiene que obtener una remisión de su PCP para ver a un especialista de la red. Si desea ver a un especialista de la red, simplemente puede comunicarse con ese especialista de la red para programar una cita. Siempre es una buena idea mantener informado a su PCP sobre los especialistas con los que se atiende y los medicamentos que toma.

Proceso de autorización previa

En algunos casos, es posible que su proveedor de la red deba obtener la aprobación previa de nuestro Departamento de Operaciones Clínicas para ciertos tipos de atención médica, servicios, pruebas, suministros y medicamentos administrados por un profesional clínico que usted recibe dentro de la red (esto se denomina obtener “autorización previa”). En el caso de los servicios de salud mental y abuso de sustancias, nuestro proveedor de salud mental contratado toma las decisiones de autorización previa. Por lo general, obtener la autorización previa es responsabilidad del proveedor tratante o PCP. Los servicios y artículos que requieren autorización previa se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4, Sección 2.1.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandona el plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si actualmente se está sometiendo a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con distribución de costos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se necesite autorización previa del plan.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, debe recurrir a proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada (por ejemplo, su proveedor no recibe una autorización previa aprobada) de un proveedor fuera de la red, podemos denegar la cobertura y usted será responsable de todos los costos. Hay tres (3) excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información sobre la atención de emergencia y de urgencia, y para saber qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, usted puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Se necesitará una autorización previa del plan antes de recibir la atención requerida. En esta situación, si se autoriza la atención médica, usted pagará lo mismo que pagaría si obtuviese la atención de un proveedor de la red. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros con el fin de obtener autorización para que pueda atenderse con un proveedor fuera de la red.
- si usted padece ESRD, puede obtener los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan y no pueda acceder a proveedores de tratamiento para la ESRD contratados.

En estas circunstancias especiales, es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture primero al plan. Si ya pagó los servicios cubiertos o si el proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, comuníquese con Servicios para Miembros o envíenos

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted recibió.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica**Definición de “emergencia médica” y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica**

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, en caso de estar embarazada, pierda al bebé) pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad, o que afecten gravemente las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita *No* necesita obtener primero una aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de Estados Unidos o en sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal pertinente, incluso si no son parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece en el dorso de su tarjeta de membresía para informarnos sobre su atención de emergencia.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- – *O bien* – La atención adicional que usted recibe se considera como servicios requeridos urgentemente, y usted sigue las reglas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente**¿Qué son servicios requeridos urgentemente?**

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Cuando las circunstancias sean inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no estén disponibles o sean inaccesibles temporalmente, diríjase al centro de atención de urgencia más cercano para recibir tratamiento inmediato. Si necesita ubicar un centro de atención de urgencia, puede encontrar un centro de atención de urgencia dentro de la red cerca de usted utilizando el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitando nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/, u obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el dorso de este documento).

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios requeridos urgentemente ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre**

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.carefirstmddsnp.com/ para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si durante un desastre no puede utilizar un proveedor de la red, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con la misma distribución de costos que se requiere dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener los medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información adicional.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?**Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos**

Si ha pagado más de la distribución de costos del plan por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios que obtiene fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de agotar el beneficio no se tienen en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción 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.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos a cargo del mismo. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio y comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo deberá pagar la distribución de costos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de la distribución de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional (NCD) que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (CED) y estudios de excepción de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para inscritos en Medicare Advantage por Original Medicare, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

Una vez que se registra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por estadías en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos en Original Medicare y la distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de la distribución de costos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pagos.

En el siguiente ejemplo, se explica el funcionamiento de la distribución de costos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. A continuación, deberá informar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagará directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma suma que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por tomografías computadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona inscrita en el ensayo.

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Más información**

Si desea obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para descargar o leer en línea la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- Atención o tratamientos médicos **no exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos **exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe de nuestro plan está limitada a aspectos de atención *no religiosos*.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
- –y– Usted debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro, o su internación no estará cubierta.

Todos los copagos y límites de días por pacientes internados, centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) y atención médica a domicilio se aplican a las estancias en instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud. (Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será suyo el equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como el equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de determinados artículos, tales como prótesis. En esta sección describimos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Esto sucede incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se pase a Original Medicare para poder ser dueño del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo inscrito. Luego regresó a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si usted abandona CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime o ya no requiere médicamente equipos de oxígeno, entonces se debe devolver el equipo de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación sobre los gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo incluye un Cuadro de beneficios médicos en el que se enumeran los servicios cubiertos y se muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas del plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para obtener su atención).

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que le corresponde. (En la sección 1.2 se ofrece más información sobre el deducible del plan.)
- Un **copago** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre el coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es de \$240. Hasta que usted haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (el monto de su copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible se aplica a todos los beneficios de la Parte B de Medicare, sin embargo, el deducible solo se aplica si pierde su cobertura de Medicaid. Si cumple con los requisitos para recibir asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, no deberá pagar deducible.

Sección 1.3 ¿Cuál es la suma máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para recibir la asistencia para la

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto que debe pagar por gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se conoce como monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025 este monto es de \$8,850.

Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo \$8,850, no tendrá que pagar gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores realicen facturaciones de saldo
--------------------	--

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, una medida de protección importante para usted es que, después de alcanzar cualquier deducible, solo debe pagar la suma correspondiente del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si su distribución de costos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios de emergencia o requeridos urgentemente).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o servicios de emergencia, o fuera del área de servicio para los servicios requeridos urgentemente).
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros.

No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para conocer qué tiene cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las siguientes páginas, se enumeran los servicios que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubre y los gastos de bolsillo que usted paga por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea una atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que le atiende y supervisa la atención que recibe.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor obtiene la aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están resaltados en el Cuadro de beneficios médicos en letra cursiva.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su parte de distribución de costos por los servicios de Medicare, incluidos los deducibles, coseguros y copagos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios comunitarios y de cuidado personal.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para una condición médica nueva o existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se puede aplicar un copago por la atención recibida para la condición médica nueva o existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de dos (2) meses considerado de elegibilidad continua de nuestro plan, le seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período no pagaremos las primas de Medicare ni la distribución de costos por la que el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Si cumple con los requisitos para recibir asistencia con la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, no pagará nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Beneficios complementarios especiales para el enfermo crónico: Información importante sobre los beneficios para afiliados con afecciones crónicas

Si le diagnostica cualquiera de las afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:


- Dependencias crónicas del alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)
 - Trastornos hematológicos graves
 - HIV/AIDS
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Accidente cerebrovascular
 - Riesgos para la salud según el BMI
 - Discapacidad física crónica
-
- Los miembros deben dar fe de tener una o más de las condiciones crónicas enumeradas anteriormente y el plan puede optar por confirmar el diagnóstico a través de la revisión de reclamaciones.
 - Consulte la fila Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en el Cuadro de Beneficios Médicos a continuación para obtener más detalles.
 - Comuníquese con nosotros para conocer exactamente a qué beneficios puede tener derecho.



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

* Verá un asterisco junto a los servicios que **no se aplican** al monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP). (Consulte la Sección 1.4, *¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?*, de este capítulo para obtener más información). Los miembros pueden incurrir en responsabilidad financiera si los cargos facturados exceden el beneficio máximo.





Cuadro de beneficios médicos


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rutina.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aquel que dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos de los proveedores:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), el personal de enfermería profesional (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden</p>	<p>20% de coseguro por cada visita a un acupunturista cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con condiciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>20% de coseguro por viaje de ida de servicios de ambulancia aérea o terrestre de emergencia y de servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>El plan cubre un examen físico de rutina, además de la visita anual de bienestar, una vez al año. Este examen incluye un historial médico/familiar detallado y la realización de una evaluación detallada de la cabeza a los pies con un examen manual de todos los sistemas del cuerpo. Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, pedidos de seguimiento o remisiones a otros profesionales, análisis de laboratorio, exámenes clínicos, EKG, recomendaciones de exámenes preventivos, vacunas y asesoramiento sobre comportamientos saludables.</p>	<p>\$0 de copago por un examen físico anual (1 por año calendario).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 <p>Consulta preventiva anual</p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p>
<p>*Dispositivos de seguridad en el baño</p> <p>Cada año, los miembros pueden seleccionar hasta dos (2) dispositivos de seguridad en el baño aprobados por el plan del catálogo de artículos de venta libre (OTC) y seguridad en el baño. Consulte la sección de dispositivos de seguridad en el baño para conocer los dispositivos aprobados. Algunos elementos pueden requerir montaje o instalación. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no cubre los costos de montaje o instalación. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no instala dispositivos de seguridad en el baño ni reembolsa los costos asociados con la instalación de los dispositivos de seguridad en el baño. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no se hace responsable del montaje incorrecto, la instalación, la reparación u otras modificaciones. Los miembros son responsables de todos y cada uno de los costos asociados con el montaje o la instalación. Para obtener más información sobre cómo solicitar dispositivos de seguridad en el baño, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).</p>	<p>\$0 de copago por dos dispositivos de seguridad para el baño aprobados por el plan al año.</p>
 <p>Mediciones de masa ósea</p> <p>Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	20% de coseguro por cada consulta de rehabilitación cardíaca intensiva o servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
 Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
 Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o alteraciones asociadas a un alto riesgo de tener enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para papanicoláu y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de papanicoláu y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado anormal de la prueba de papanicoláu en los últimos 3 años: una prueba de papanicoláu cada 12 meses 	
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rutina.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. 	<p>20% de coseguro por las consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Usted paga su parte de la distribución de costos de la visita al consultorio y los servicios de su proveedor o los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare en la actualidad paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. Además, cubrimos:</p> <p>*Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza: una vez cada 6 meses • Exámenes orales: una vez cada 6 meses • Examen oral integral: una vez cada 36 meses • Serie intrabucal: una vez cada 36 meses • Tratamiento con flúor: una vez cada 6 meses • Tratamiento paliativo: 3 visitas en un plazo de 12 meses • Radiografías dentales: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aleta de mordida: una vez cada 12 meses ◦ Periapical: una vez cada 12 meses ◦ Panorámica: una vez cada 36 meses ◦ Aletas de mordida verticales: una vez cada 36 meses ◦ Obtención de imágenes intrabucales: una vez cada 36 meses • Pruebas de vitalidad pulpar: dos veces al año • Consulta: según sea necesario • Llamada a domicilio o centro de atención prolongada: según sea necesario <p>*Servicios dentales integrales:</p>	<p>\$0 de copago por servicios dentales preventivos o integrales.</p> <p>El plan tiene una asignación anual de \$3,000 para servicios dentales integrales por año. El miembro paga todos los costos una vez alcanzado la asignación de \$3,000. Las dentaduras postizas no se tienen en cuenta para la asignación anual de \$3.000.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios restaurativos: 1 por diente, una vez cada 24 meses • Endodoncia: 1 de por vida, por paciente, por diente • Coronas: una vez por diente por 60 meses • Extracciones simples • Periodoncia: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses ◦ Gingivectomía-gingivoplastia: una vez cada 36 meses ◦ Cirugía ósea: una vez cada 36 meses ◦ Colgajo gingival: una vez cada 36 meses ◦ Desbridamiento de boca completa: una vez cada 36 meses • Mantenimiento periodontal: una vez cada 3 meses • Reparaciones de dentaduras postizas: una vez cada 12 meses • Revestimientos o rebases: una vez cada 36 meses • Ajustes de dentaduras postizas: 2 cada 12 meses • Dentaduras postizas: una vez cada 60 meses (el costo NO se aplica a la asignación anual de \$3,000) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Placas dentales superiores, inferiores o parciales <p>Consulte el Cuadro de Beneficios Dentales completo al final del Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más detalles sobre la cobertura.</p> <p>Debe utilizar un proveedor dental participante. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número telefónico figura en el dorso de este documento) para revisar una lista de proveedores dentales dentro de la red o visite nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.</p>	
 <p>Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p>
 <p>Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>


CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.</p>	
<p> Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubre productos LifeScan como monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre que están disponibles en las farmacias de la red con una receta válida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros con diabetes que no se inyectan insulina: hasta 100 tiras reactivas y lancetas LifeScan cada 90 días • Miembros con diabetes que se inyectan insulina: hasta 300 tiras reactivas y lancetas LifeScan cada 90 días • Las cantidades de tiras reactivas y lancetas superiores a las cantidades descritas anteriormente requieren una autorización previa del plan. <p>Otras marcas de tiras reactivas pueden estar disponibles en un proveedor de equipo médico duradero (DME) contratado con un pedido de proveedor válido. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no cubre monitores de glucosa en sangre</p>	<p>20% de coseguro por suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por zapatos y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro para la capacitación para el autocontrol cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>ni tiras reactivas de glucosa en sangre que no sean LifeScan en farmacias de la red.</p> <p>Las jeringas y agujas utilizadas para administrar insulina están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 de esta Evidencia de cobertura para obtener información sobre la distribución de costos. Le recomendamos que compre sus suministros para diabéticos a través de nuestra red de proveedores de DME y aproveche la entrega gratuita.</p>	
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p><i>Se puede solicitar autorización previa para el alquiler, reparación y compra de equipo médico duradero de más de \$500.</i></p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.</p>	<p>20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Su distribución de costos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare es de 20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0..</p> <p>Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su distribución de costos es de 20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0..
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los EE. UU. y sus territorios (Samoa Americana, Guam, Islas Marianas del Norte, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU.).</p>	<p>20% de coseguro por visita a la sala de emergencias. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilizó su condición de emergencia, usted debe volver a un hospital de la red para que podamos seguir cubriendo su atención <i>o bien</i>, debe recibir dicha atención en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Beneficio Flex (OTC, comestibles, servicios públicos, alquiler)</p> <p>Todos los miembros pueden utilizar una asignación mensual de \$130 para comprar por correo productos de venta libre (OTC). Sin embargo, los miembros a los que se les diagnostiquen determinadas afecciones que cumplan los requisitos (consulte la lista a continuación) pueden utilizar la totalidad o una parte de la asignación mensual para comprar alimentos (por ejemplo, bebidas, alimentos congelados, alimentos no perecederos/perecederos, vitaminas, suplementos dietéticos, productos nutricionales para la salud y el bienestar de las personas diabéticas o para controlar el peso), servicios públicos (tenga en cuenta que algunas compañías de servicios públicos no permitirán un pago parcial, consulte con su compañía antes de utilizar la tarjeta) o alquiler</p>	<p>Asignación mensual de \$130 para todos los miembros destinada a la compra de artículos de venta libre. Los miembros con enfermedades crónicas que califiquen pueden usar la totalidad o una parte de los \$ 130 en comestibles, alquiler y/o servicios públicos (se aplican restricciones). El monto que no utilice de su asignación puede transferirse de un mes</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>(tenga en cuenta que algunas compañías de alquiler o propietarios pueden no aceptar el pago a través de la tarjeta de prepago médica, ni total ni parcial. Se establecerá un proceso de reembolso para proporcionar asistencia, aunque se exigirá un justificante de pago) a través de una tarjeta de prepago médica que le proporcionará el plan cuando se inscriba al mismo.</p> <p>Las condiciones de calificación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo crónico y otras drogodependencias • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos graves • HIV/AIDS • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Infarto • Peso inferior al normal / Sobrepeso / Obesidad • Discapacidad física crónica <p>La tarjeta de prepago médica puede utilizarse en las tiendas de comestibles participantes que acepten Visa o MasterCard, o para pagar directamente a compañías de servicios públicos, agencias de alquiler o propietarios.</p> <p>Los miembros deben activar la tarjeta llamando al 844-479-6334 (TTY: 711) y también deberán demostrar una afección que da derecho a los beneficios. Una vez completado este proceso, los fondos tardarán 48 horas (días laborables) en estar disponibles en la tarjeta.</p> <p>Los miembros que califiquen recibirán una tarjeta de sustitución anual sin cargo adicional.</p> <p>Los artículos OTC solo pueden solicitarse por correo. La venta por correo de artículos de venta libre ofrece una amplia selección de medicamentos, suministros y productos de autocuidado, disponibles sin receta, a través del beneficio de venta libre (OTC) y de seguridad en el baño del plan.</p> <p>Entre los artículos de venta libre se incluyen: vendas adhesivas o elásticas, antihistamínicos, analgésicos, descongestionantes, antiinflamatorios, antisépticos, somníferos, suplementos, artículos</p>	<p>a otro, pero no puede transferirse de un año a otro.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>para la incontinencia, medias de compresión, pasta de dientes, adhesivos para dentaduras postizas, limpiadores de dentaduras postizas y estimuladores de encías.</p> <p>El catálogo del plan para artículos de venta libre está disponible en línea en www.carefirstmddsnp.com. Simplemente vaya al sitio web y haga clic en la pestaña “Find a Medication/Pharmacy” (Buscar un medicamento o una farmacia). Haga clic en "Over-The-Counter Drugs" (Medicamentos de venta libre) en la parte izquierda de la pantalla para ver y/o descargar una copia del catálogo de artículos de venta libre (OTC). Puede realizar su pedido por correo, por teléfono (llamada gratuita) o en línea. El catálogo de artículos de venta libre contiene una lista completa de todos los medicamentos de venta libre, suministros y productos de cuidado personal cubiertos por el plan y el precio de cada artículo. Los productos y marcas disponibles pueden cambiar durante el año y están sujetos a disponibilidad. Se aplican límites de cantidad a los artículos seleccionados.</p> <p>No hay acumulación anual para este beneficio.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Miembros del Beneficio Flex llamando al 1-844-479-6334 (TTY: 711) para obtener más información.</p>	
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Nuestros programas de salud y bienestar están diseñados para mejorar la salud y el estilo de vida de los miembros. Estos programas se centran en mejorar los resultados de salud, incluidas las afecciones crónicas. Todos los miembros están activos en la Administración de Casos con el plan, pero pueden optar por no participar en un plan de atención de administración de casos activo. Si desea trabajar directamente con uno de los coordinadores de administración de casos o administradores de casos, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.</p> <p>Nuestro plan cubre lo siguiente:</p> <p>Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas</p> <p>Los miembros del personal de enfermería registrados están disponibles 24/7 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana) para analizar sus síntomas y recomendarle la atención más adecuada. Llame al 1-800-229-8201 en cualquier momento, de día o de noche, para hablar con un miembro del personal de enfermería.</p>	<p>\$0 de copago por todos los servicios indicados. El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acceso a la Biblioteca de Salud de CareFirst (https://carefirst.staywellsolutionsonline.com) que contiene información útil acerca de la gestión de la salud y el bienestar, así como enlaces a recursos exclusivos de CareFirst.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.</p> <p>*Servicios de audición de rutina</p> <p>Un proveedor de servicios de audición de la red debe proporcionar todos los servicios de audición para aprovechar los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo de rutina: una vez al año • Audífonos: Uno (1) por oído, una vez cada tres (3) años <ul style="list-style-type: none"> ◦ Oído interno ◦ Oído externo ◦ Por encima de la oreja • Primer grupo de moldes auriculares, cuando sea necesario • Evaluación y prueba del audífono: tres (3) visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha de la prueba inicial. • Garantía de reparación del fabricante por tres (3) años • Suministro de tres (3) años para la batería del audífono (hasta 48 baterías al año por audífono) <p>Devoluciones/cambios de audífonos: El Plan cubrirá las devoluciones por un reembolso completo o cambios solo dentro de los 60 días a partir de la fecha de prueba inicial. Los servicios de audición de rutina (examen, ajuste y evaluación de audífonos y audífonos) son proporcionados por NationsHearing, comuníquese con ellos al (877) 246-1666 (TTY: 711).</p>	<p>20% de coseguro por cada examen de diagnóstico de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>\$0 de copago por examen de audición de rutina (uno por año calendario).</p> <p>\$0 de copago por una consulta para ajuste y evaluación de audífonos (una por año calendario).</p> <p>El plan paga un monto máximo de beneficio de \$ 1,950 para la compra de audífonos cada tres años. El afiliado paga todos los gastos a partir del importe máximo del beneficio de \$1,950. El plan no cubre la sustitución por pérdida o robo.</p>
<p>*Ayuda con ciertas afecciones crónicas (comidas y terapia médica nutricional)</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Para miembros con alguno de los siguientes diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) • Diabetes, o 	<p>\$0 de copago para los miembros que cumplen con los requisitos después del alta de una hospitalización.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) <p>Una vez que lo aprueba el plan, los miembros pueden recibir hasta 14 comidas (2 comidas por día durante 7 días) durante 12 semanas consecutivas.</p> <p>Los miembros pueden recibir hasta cuatro (4) períodos de beneficio de comidas al año con la aprobación del plan. Las comidas deben ser solicitadas por el plan.</p> <p>Además, los miembros recibirán una evaluación de la terapia médica nutricional y hasta tres (3) sesiones de asesoría de seguimiento y definición de objetivos por período de beneficios con un nutricionista certificado.</p> <p>Los programas de comidas incluyen comidas para la prevención de las readmisiones y comidas con terapia médica nutricional. Los miembros no pueden participar en ambos programas de comidas al mismo tiempo, pero pueden calificar para ambos programas de comidas dentro del año de beneficios.</p>	
 <p>Prueba de detección del HIV</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que tienen mayor riesgo de una infección por HIV, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres que están embarazadas cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen preventivo de detección del HIV cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>\$0 de copago por visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antibióticos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusión en el hogar 	<p>20% de coseguro por consulta.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, el pago de los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, son pagados por Original Medicare, no por CareFirst</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de atención de respiro a corto plazo • Atención a domicilio <p><u>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará la distribución de costos de Original Medicare.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que acuda a un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga la suma correspondiente de distribución de costos del plan por servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga la distribución de costos conforme al método de “pago por cada servicio” de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para servicios que están cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con un pronóstico terminal. Usted paga el monto de distribución de costos de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará la distribución de costos. Si están</p>	<p>BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.</p> <p>Las consultas de cuidados paliativos se incluyen como parte del beneficio de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Es posible que se aplique una distribución de costos por servicios médicos para consultas ambulatorias.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>relacionados con su condición terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará la distribución de costos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.3 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro para cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados no paliativos (atención que no esté relacionada con un pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con enfermedad crónica que no ha elegido el beneficio de centros de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la Hepatitis B para pacientes con riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También se cubren la mayoría de otras vacunas para adultos por medio de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8, para obtener información adicional.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a</p>	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>Días 1 al 60: \$1,632 de deducible Días 61 al 90: \$408 de copago por día</p>


CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>largo plazo. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o coronarias) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por trastornos por consumo de sustancias 	<p>Días 91 al 150: \$816 de copago por día de reserva de por vida.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al año 2024 y que podrían cambiar para el año 2025.</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red luego de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo es la</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Todos los planes Medicare Advantage de CareFirst brindan cobertura para viajes y alojamiento relacionados con el trasplante de órganos para miembros elegibles con una <u>autorización previa aprobada</u> para un trasplante de órgano cubierto por Medicare realizado en un lugar distante. Los miembros deben comunicarse con el plan para analizar sus opciones a nivel local antes de que se apruebe una ubicación distante, un viaje y un alojamiento. El período de beneficio para un trasplante cubierto comienza cinco días antes del trasplante y se extiende hasta el episodio de atención del trasplante del paciente (sin exceder un año a partir de la fecha del trasplante). Los gastos de viaje y alojamiento están cubiertos para el destinatario (excluida la internación hospitalaria) y su acompañante, sujetos a la elegibilidad del destinatario y a una autorización previa aprobada. El reembolso máximo total combinado permitido para <u>viajes y alojamiento</u> por episodio de atención de trasplante es de <u>\$5,000 por año</u>. Los gastos de alojamiento están limitados a un máximo de \$150 por día, lo que se aplica al máximo anual combinado de \$5,000. Para obtener más información, consulte la Política de reembolso por servicios de trasplante. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de médicos <p>Nota: Para que usted pase a ser un paciente hospitalizado su proveedor debe redactar una orden para que usted quede</p>	<p>distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>formalmente hospitalizado. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren hospitalización. Hay un límite de 190 días de duración para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general de cuidados agudos.</p> <p>El plan mide su uso de los períodos de beneficios de los servicios de un hospital psiquiátrico. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El período de beneficios finaliza después de que no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días seguidos. Si ingresa nuevamente en un hospital psiquiátrico después de 60 días, comienza un nuevo período de beneficios y la distribución de costos comenzará nuevamente para cualquier servicio que reciba del hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado.</p> <p>No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención hospitalaria psiquiátrica como paciente hospitalizado. También puede tener varios períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico. Hay un límite de por vida de 150 días. Nuestro plan cubre 60 días de reserva de por vida. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización psiquiátrica supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado completamente estos 60 días adicionales, la cobertura del hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado del plan se limitará a 90 días.</p>	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>Días 1 al 60: \$1,632 de deducible Días 61 al 90: \$408 de copago por día Días 91 al 150: \$816 de copago por día de reserva de por vida.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al año 2024 y que podrían cambiar para el año 2025.</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Si se han agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos.</p> <p>No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Usted paga la distribución de costos correspondiente por otros servicios como si se proporcionaran de manera ambulatoria. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta Evidencia de cobertura.</p> <p>Consulte “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico”, “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”, “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” y “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se dializan) o luego de un trasplante de riñón cuando el médico lo indica.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</p>	
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los siguientes medicamentos/clases de medicamentos están sujetos a autorización previa y terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acromegalia • Deficiencia de alfa-1 antitripsina • Autoinmune • Bevacizumab • Toxina botulínica • Hematológico, eritropoyesis, agentes de estimulación (ESA) • Hematológico, factores estimulantes de colonias de neutropenia: acción corta • Hematológico, factores estimulantes de colonias de neutropenia: acción prolongada • Trastornos por almacenamiento lisosómico: enfermedad de Gaucher • Esclerosis múltiple (infusionado) • Osteoartritis, viscosuplementos: inyección simple • Osteoartritis, viscosuplementos: inyecciones múltiples • Cáncer de próstata: agentes de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) • Agentes para trastornos de la retina • Rituximab • Agentes para el asma grave • Trastuzumab 	<p>20% de coseguro por medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de insulina para un mes.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estos medicamentos/clases de medicamentos pueden cambiar durante el año de beneficios. Puede encontrar una lista completa de medicamentos en https://www.carefirstmddsnp.com/PartB. La lista se puede actualizar durante el año y los cambios se agregarán al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor.</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria• Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)• Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan• El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.• Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia• Medicamentos para trasplantes/Inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.• Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa 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 si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea medicamento necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: https://www.carefirstmddsnp.com/PartB.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas con la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>En el Capítulo 5 se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p>
<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el trastorno por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p>Los medicamentos como la buprenorfina para tratar la adicción a los opioides también están disponibles en el formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Los miembros que toman dosis altas de opioides o usan múltiples profesionales que recetan o farmacias de la red pueden estar sujetos a restricciones adicionales como autorización previa, bloqueo de farmacia o bloqueo del profesional que receta.</p>	<p>20% de coseguro por los servicios del programa de tratamiento de opiáceos cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Por ejemplo: Los servicios de radiología se deben realizar en establecimientos ambulatorios o independientes que no estén afiliados ni conectados a un hospital o sistema hospitalario. Se requiere autorización previa para los servicios de radiología realizados en un entorno hospitalario cuando no ha sido admitido y en un centro ambulatorio afiliado o conectado a un hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>20% de coseguro por pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Es posible que se aplique un cargo adicional si se realiza una consulta/visita al consultorio en el momento del servicio.</p>
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes de distribución de costos por servicios de atención hospitalaria ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le</p>	<p>20% de coseguro por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de hospitalización sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes de distribución de costos por servicios de atención hospitalaria ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/</p>	<p>20% de coseguro por procedimientos quirúrgicos realizados en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Para ver los montos de distribución de costos que podría pagar si pierde su elegibilidad para Medicaid, consulte otras secciones del Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los servicios que podrían aplicarse en un entorno de cuidados ambulatorios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial. • Atención médica de emergencia • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. • Equipo médico duradero.


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, incluidas las de laboratorio y radiografías. • Cirugía para pacientes ambulatorios.
<p>Atención médica mental ambulatoria <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional matriculado (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT), personal de enfermería especializada (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.</p>	<p>20% de coseguro por cada sesión individual cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</p>	<p>20% de coseguro por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubiertas por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Nuestra cobertura es la misma que la de Original Medicare, que es la cobertura de los servicios que se brindan en el entorno ambulatorio a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización por un alto consumo de sustancias o que requieren tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno hospitalario para pacientes hospitalizados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias por parte de un proveedor que cumple los requisitos de Medicare para determinar rápidamente la gravedad del consumo de sustancias e identificar el nivel adecuado de tratamiento. • Intervenciones breves o asesoramiento centrados en aumentar la percepción y la conciencia sobre el consumo de sustancias y la motivación hacia el cambio de comportamiento. • Revisión de medicamentos, incluido el consumo de opioides, por parte de un farmacéutico del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). • Acceso a un administrador de casos para ayudar a coordinar su atención y acceder a los programas de abuso de sustancias o adicción a opioides. <p>Los medicamentos como la buprenorfina para tratar la adicción a los opioides también están disponibles en el formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (“Lista de medicamentos”). Los miembros que toman dosis altas de opioides o usan múltiples profesionales que recetan o farmacias de la red pueden estar sujetos a restricciones adicionales como autorización previa, bloqueo de farmacia o bloqueo del profesional que receta.</p>	<p>20% de coseguro por cada sesión individual contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada sesión grupal contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Nota: En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de distribución de costos por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>20% de coseguro por procedimientos quirúrgicos realizados en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la internación en el hospital.</p> <p><i>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio ambulatorio para pacientes internados o por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>*Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Un sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) es un dispositivo electrónico que le permite obtener ayuda en una emergencia presionando un botón. El PERS puede darle la tranquilidad de saber que, en una situación de emergencia, puede obtener ayuda rápidamente, las 24 horas del día, sin costo adicional.</p> <p>El PERS estará disponible para miembros selectos que vivan con alguna de las siguientes condiciones:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para un Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS).</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Una discapacidad • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) • Diabetes • Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) <p>Su cobertura incluye un (1) sistema de respuesta a emergencias personales y monitoreo mensual en la casa del miembro según lo dispuesto en el plan de salud.</p> <p>Para poder optar por este beneficio, debe tener al menos una de las cuatro (4) condiciones mencionadas anteriormente o una discapacidad.</p> <p>Los miembros solo son elegibles para este beneficio anualmente, si actualmente no tienen un PERS a través del estado de Maryland (Medicaid).</p> <p>Cómo acceder a este beneficio: Comuníquese al 1-877-215-0635 para ver si califica para este beneficio.</p> <p>Medicare le proporciona al plan una lista de miembros que tienen una discapacidad al momento de inscribirse con nosotros. Si queda discapacitado después de haberse inscrito en nuestro plan y desea acceder a este beneficio, debe completar una solicitud de discapacidad y recibir aprobación.</p> <p>Puede encontrar más información en “https://www.ssa.gov/applyfordisability/” https://www.ssa.gov/applyfordisability/. Este proceso puede tardar hasta 5 o 6 meses en completarse.</p>	
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: PCP, especialista o atención de urgencia. 	<p>Servicios de médico de cuidado primario (PCP): 20% de coseguro por consulta. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Servicios de especialistas (incluida la segunda opinión de cirugía) en persona o por mediante telesalud: 20% de coseguro por consulta. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Los miembros pueden utilizar su teléfono inteligente, tableta, computadora u otro dispositivo accesible para realizar visitas de telesalud elegibles. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ◦ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo, y ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días, y ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. 	<p>de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada consulta en persona de atención de urgencia o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo, y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rutina.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón) • Atención del pie de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>*Podología de rutina para todos los miembros</p> <p>El corte o remoción de callos y callosidades; el corte, recorte y desbridamiento de uñas; y otros cuidados de tipo higiénico y preventivo, como la limpieza y el remojo de los pies, el uso de cremas para la piel para mantener el tono de la piel en pacientes ambulatorios o postrados en una cama, cualquier otro servicio realizado en ausencia de enfermedad localizada, lesión o síntomas que afecten a los pies. Límite de cuatro (4) visitas por año.</p>	<p>20% de coseguro por servicios de podología cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>\$0 de copago por cuidado podológico de rutina para miembros sin ciertas afecciones médicas (4 consultas por año calendario).</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses:</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA) 	
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <p><i>Se aplican normas de autorización previa para todos los artículos que superen los \$500.</i></p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos. También, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos y su reparación o reemplazo. También incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas; consulte Atención oftalmológica más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>20% de coseguro por dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>20% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>*Prevención de readmisiones</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>El plan proporcionará comidas nutritivas a los miembros que cumplen con los requisitos después del alta hospitalaria. El miembro recibirá 14 comidas por período de 1 semana, con un límite de 8 períodos de beneficio al año. Las comidas deben solicitarse a través del plan.</p> <p>Un Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) también estará disponible para los miembros en el momento del alta de una estancia en un establecimiento de hospitalización/ hospital o centro de enfermería especializada durante un período de ocho (8) semanas. Si recibió el alta recientemente (es decir, en un plazo de dos [2] semanas) y está interesado en un PERS,</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen con los requisitos después del alta de una hospitalización.</p> <p>El plan proporcionará hasta 14 comidas por período de 1 semana después del alta.</p> <p>El plan proporcionará hasta ocho (8) semanas con un PERS después del alta.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>llame a Servicios para Miembros al número que figura en el dorso para obtener más información. Obtenga más información en Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS).</p> <p>Los programas de comidas incluyen comidas para la prevención de las readmisiones y comidas con terapia médica nutricional. Los miembros no pueden participar en ambos programas de comidas al mismo tiempo, pero pueden calificar para ambos programas de comidas dentro del año de beneficios.</p>	
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historial de consumo de tabaco de al menos 20 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante la visita 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 visitas y que realiza un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden para un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	
<p> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (STI): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda tener acceso de manera temporal) • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si es admitido en un hospital para recibir cuidados especiales) 	<p>20% de coseguro por servicios de educación sobre las enfermedades renales. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por servicios de apoyo y tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>(Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF).</p> <p>Tiene una cobertura de hasta 100 días por período de beneficio. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF 	<p>Para cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <p>\$0 de copago por día entre el día 1 y el día 20. \$200 de copago por día entre el día 21 y el día 100. Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al año 2024 y que podrían cambiar para el año 2025.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos <p>En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no sea proveedor de la red, solo si el centro acepta las sumas de pago establecidas de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital 	
 <p>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará la distribución de costos correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p>	<p>20% de coseguro por la terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o personal de enfermería clínica/enfermería practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas <p>La SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Transporte (que no sea de emergencia)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 36 viajes de ida o de vuelta directamente hacia y desde ubicaciones relacionadas con la salud cada año calendario en taxi, furgoneta u otro tipo de transporte aprobado.</p> <p>Este beneficio solo es válido para fines relacionados con la salud. Se proporciona transporte de rutina al miembro y, cuando sea necesario, debido al estado de salud del miembro, a un (1) acompañante. El beneficio de transporte solo se puede utilizar para citas y visitas a la farmacia directamente relacionadas con el miembro. El transporte no se puede utilizar para otra persona que no sea el miembro. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no se hace responsable de ninguna pérdida de artículos, lesiones, etc. durante el servicio de transporte.</p> <p>Los miembros deben avisar con tres (3) días hábiles (de lunes a viernes, excepto días festivos) de antelación para coordinar el servicio de transporte. Los miembros deben llamar al 1-844-476-6334 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Las cancelaciones o cambios deben realizarse al menos dos (2) horas antes del viaje programado, o se deducirán del número</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de transporte de rutina.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>de viajes restantes. No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de transporte de rutina.</p>	
<p>Servicios requeridos urgentemente</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle la distribución de costos dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p>	<p>20% de coseguro por cada consulta en persona de atención de urgencia o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. El grupo de personas con alto riesgo de glaucoma está compuesto por personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). 	<p>20% de coseguro por examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por par de anteojos (cristales y monturas) o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de detección del</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>*Atención oftalmológica de rutina</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime también brinda cobertura para los siguientes servicios oftalmológicos no cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen ocular refractivo de rutina por año. • Asignación anual de \$150 para anteojos <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los anteojos incluyen los lentes y un par de marcos de anteojos o lentes de contacto (incluye examen de prueba de lentes de contacto) cada año. ◦ No se incluyen anteojos de venta libre. <p>Debe utilizar un proveedor de atención oftalmológica de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número telefónico figura en el dorso de este documento) para averiguar si su optometrista u oftalmólogo están en la red o consulte nuestro <i>Directorio de proveedores</i> en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.</p>	<p>glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>\$0 de copago por un examen de la vista de rutina una vez cada año calendario.</p> <p>Cobertura adicional de artículos para la vista: \$150 de asignación anual para la compra de lentes de contacto o un par de anteojos por año. El miembro deberá abonar el monto que exceda de \$150.</p>
<p> Consulta preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una consulta preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección e inyecciones [o vacunas]), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>

CUADRO DE SERVICIOS DENTALES DE CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE DUALPRIME (HMO-SNP)	
CÓDIGO	Cobertura dentro de la red solo para los servicios enumerados a continuación
Características del plan	Incluye cobertura dental integral mejorada Todos los servicios integrales están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$3000

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
Exámenes bucales		
D0120	EVALUACIÓN BUCAL PERIÓDICA	1 cada 6 meses
D0140	EVALUACIÓN BUCAL LIMITADA, CENTRADA EN PROBLEMAS	1 cada 6 meses
D0150	EVALUACIÓN BUCAL INTEGRAL	1 cada 36 meses
D0160	EVALUACIÓN BUCAL DETALLADA Y AMPLIA, CENTRADA EN EL PROBLEMA, POR INFORME	1 cada 36 meses
D0170	REEVALUACIÓN LIMITADA, CENTRADA EN EL PROBLEMA	1 cada 36 meses
D0180	SERVICIOS PERIODONTALES INTEGRALES	1 cada 36 meses
Radiografías		
D0210	INTRABUCAL, SERIE COMPLETA (INCLUYE ALETAS DE MORDIDA)	1 cada 36 meses
D0220	INTRABUCAL, PERIAPICAL, PRIMERA PELÍCULA	1 cada 12 meses
D0230	INTRABUCAL, PERIAPICAL, CADA PELÍCULA ADICIONAL	1 cada 12 meses
D0240	IMAGEN RADIOGRÁFICA OCLUSAL INTRABUCAL	1 cada 36 meses
D0270	ALETAS DE MORDIDA, PELÍCULA ÚNICA	1 cada 12 meses
D0272	ALETAS DE MORDIDAS, DOS PELÍCULAS	1 cada 12 meses
D0273	ALETAS DE MORDIDA, TRES PELÍCULAS	1 cada 12 meses

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D0274	ALETAS DE MORDIDA, CUATRO PELÍCULAS	1 cada 12 meses
D0277	ALETAS DE MORDIDA VERTICALES, DE 7 A 8 IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	1 cada 36 meses
D0330	PELÍCULA PANORÁMICA	1 cada 36 meses
Otros servicios de diagnóstico dental		
D0460	PRUEBAS DE VITALIDAD DE LA PULPA	Dos veces al año, según sea necesario
Profilaxis (limpieza)		
D1110	PROFILAXIS, ADULTOS	1 cada 6 meses
Tratamiento con fluoruro		
D1206	BARNIZ DE FLUORURO TÓPICO	1 cada 6 meses
D1208	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO	1 cada 6 meses
Odontología integral: Subsidio anual \$3000 para los siguientes servicios		
Servicios restaurativos		
D2140	AMALGAMA, UNA SUPERFICIE, PERMANENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2150	AMALGAMA, DOS SUPERFICIES, PERMANENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2160	AMALGAMA, TRES SUPERFICIES, PERMANENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2161	AMALGAMA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, PERMANENTES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2330	RESINA, UNA SUPERFICIE, ANTERIOR	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2331	RESINA, DOS SUPERFICIES, ANTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2332	RESINA, TRES SUPERFICIES, ANTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2335	RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, ANTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2390	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CORONA, ANTERIOR	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D2391	COMPUESTO A BASE DE RESINA, UNA SUPERFICIE, POSTERIOR	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2392	COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES, POSTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2393	COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES, POSTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2394	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, POSTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2710	CORONA, COMPUESTO A BASE DE RESINA (INDIRECTO)	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2712	CORONA, 3/4 COMPUESTO A BASE DE RESINA (INDIRECTO)	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2720	CORONA, RESINA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2721	CORONA, RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2722	CORONA, RESINA CON METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2740	CORONA, PORCELANA O CERÁMICA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2750	CORONA, PORCELANA FUSIONADA EN METAL MUY NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2751	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2752	CORONA, PORCELANA FUSIONADA EN METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2753	CORONA, PORCELANA FUNDIDA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2780	CORONA, 3/4 DE FUNDICIÓN ALTA NOBLEZA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2781	CORONA, 3/4 DE FUNDICIÓN CON METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2782	CORONA, 3/4 DE FUNDICIÓN CON METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D2783	CORONA, 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2790	CORONA, COMPLETA FUNDIDA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2791	CORONA, COMPLETA FUNDIDA CON METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2792	CORONA, COMPLETA FUNDIDA CON METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2794	CORONA DE RETENCIÓN, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2920	RECEMENTADO O READHESIÓN DE CORONA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2940	RESTAURACIÓN DE PROTECCIÓN	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2950	CONSTRUCCIÓN DEL NÚCLEO, INCLUYENDO CUALQUIER CLAVIJA, ADEMÁS DE LA CORONA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2951	RETENCIÓN DE PERNO, POR DIENTE, ADEMÁS DE LA RESTAURACIÓN	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2952	PERNO Y NÚCLEO ADEMÁS DE LA CORONA, FABRICADOS INDIRECTAMENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2953	CADA PERNO ADICIONAL FABRICADO INDIRECTAMENTE, MISMO DIENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2954	PERNO Y NÚCLEO PREFABRICADOS ADEMÁS DE LA CORONA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
Endodoncia		
D3220	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA (EXCLUIDA LA RESTAURACIÓN FINAL), SOLO DIENTES PERMANENTES	1 por diente, de por vida
D3221	DESBRIDAMIENTO PULPAR, DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES	1 por diente, de por vida
D3310	ERAPIA DE ENDODONCIA, ANTERIOR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	1 por diente, de por vida

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D3320	TERAPIA DE ENDODONCIA, BICÚSPIDE (SIN RESTAURACIÓN FINAL)	1 por diente, de por vida
D3330	TERAPIA DE ENDODONCIA, MOLAR (SIN RESTAURACIÓN FINAL)	1 por diente, de por vida
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, PREMOLAR	1 por diente, de por vida
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, MOLAR	1 por diente, de por vida
Periodoncia		
D4210	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4211	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4240	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4241	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4249	ALARGAMIENTO CLÍNICO DE CORONA, TEJIDO DURO	Una vez cada 36 meses
D4260	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE): CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4261	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE), DE UNO A	Una vez cada 36 meses

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
	TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	
D4341	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, CUATRO DIENTES O MÁS POR CUADRANTE	1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses
D4342	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES POR CUADRANTE	1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses
D4346	RASPADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE, BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN ORAL	1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses
D4355	DESBRIDAMIENTO DE BOCA COMPLETA	Una vez cada 36 meses
D4910	PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PERIODONTAL (DESPUÉS DE LA TERAPIA ACTIVA)	Una vez cada 3 meses
Prótesis removibles		
D5110	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	Una vez cada 60 meses
D5120	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	Una vez cada 60 meses
D5130	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MAXILAR	Una vez cada 60 meses
D5140	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MANDIBULAR	Una vez cada 60 meses
D5211	DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR, BASE DE RESINA (INCLUIDOS LOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5212	DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR, BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5213	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA	Una vez cada 60 meses

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
	POSTIZA DE RESINA BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	
D5214	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5221	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5222	DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5223	DENTADURA POSTIZA SUPERIOR INTERMEDIA PARCIAL, ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5224	DENTADURA POSTIZA INFERIOR INMEDIATA PARCIAL, ESTRUCTURA DE METAL COLADO CON BASES DE PRÓTESIS DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5225	DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR, BASE FLEXIBLE (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5226	DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR, BASE FLEXIBLE (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5410	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D5411	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5421	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MAXILAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5422	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MANDIBULAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5511	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, INFERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5512	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, SUPERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5520	REEMPLAZO DE DIENTES FALTANTES O ROTOS, PRÓTESIS COMPLETA	Una vez por arco por año calendario
D5611	REPARACIÓN DE LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, INFERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5612	REPARACIÓN DE LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, SUPERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5621	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, INFERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5622	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, SUPERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS MATERIALES DE RETENCIÓN O DE SUJECIÓN CON VÁLVULA DE RETENCIÓN ROTOS, POR DIENTE	Una vez por arco por año calendario
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS, POR DIENTE	Una vez por arco por año calendario
D5650	AGREGADO DE DIENTE A LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	Una vez por arco por año calendario

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D5660	AGREGADO DE UN BROCHE A UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE, POR DIENTE	Una vez por arco por año calendario
D5710	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA SUPERIOR COMPLETA	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5711	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA INFERIOR COMPLETA	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5720	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5721	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5730	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA SUPERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5731	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA INFERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5740	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5741	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5750	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA SUPERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5751	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA INFERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5760	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D5761	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5863	SOBREDENTADURA POSTIZA, SUPERIOR COMPLETA	Una vez cada 60 meses
D5864	SOBREDENTADURA POSTIZA, SUPERIOR PARCIAL	Una vez cada 60 meses
D5865	SOBREDENTADURA POSTIZA, INFERIOR COMPLETA	Una vez cada 60 meses
D5866	SOBREDENTADURA POSTIZA, INFERIOR PARCIAL	Una vez cada 60 meses
Cirugía bucal y maxilofacial		
D7111	EXTRACCIÓN, RESTOS CORONALES, PRIMARIO	Una vez por diente de por vida
D7140	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA	Una vez por diente de por vida
D7210	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO QUE REQUIERE LA EXTRACCIÓN DE HUESO O SECCIONAMIENTO DEL DIENTE, E INCLUYE LA ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO	Una vez por diente de por vida
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, TEJIDO BLANDO	Una vez por diente de por vida
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, PARCIALMENTE EN EL HUESO	Una vez por diente de por vida
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO	Una vez por diente de por vida
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO, CON COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POCO COMUNES	Una vez por diente de por vida
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO CON INCISIÓN)	Una vez por diente de por vida
D7251	CORONECTOMÍA, EXTRACCIÓN PARCIAL INTENCIONADA DE UN DIENTE	Una vez por diente de por vida

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
Servicios generales complementarios		
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO DEL DOLOR DENTAL, PROCEDIMIENTOS MENORES	3 veces cada 12 meses
D9310	CONSULTA, SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRESTADO POR UN DENTISTA O UN MÉDICO DISTINTO DEL DENTISTA O MÉDICO SOLICITANTE	Según sea necesario
D9410	ATENCIÓN A DOMICILIO/CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA	Según sea necesario

La American Dental Association (ADA) puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones actuales de terminología dental (CDT) enumerados en las publicaciones de la ADA. Si tales cambios dan como resultado que los dentistas participantes usen diferentes códigos de la CDT para describir los servicios dentales cubiertos enumerados arriba, la cobertura no cambiará.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no cubre los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicaid:

- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de guardería médica
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de enfermería privada para beneficiarios menores de 21 años
- Servicios escolares relacionados con la salud para beneficiarios menores de 21 años
- Servicios de evaluación y planificación a nivel estatal a través del departamento de salud local.

Para obtener una lista completa de la cobertura de todos los beneficios de Medicaid de Maryland, visite <https://www.marylandhealthconnection.gov/after-you-enroll/medicaid/what-medicaid-covers/>.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios que *no* cubre el plan (exclusiones)

En esta sección, se le indica qué tipos de servicios están excluidos.

En el cuadro a continuación, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan únicamente en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugías o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo • Están cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de la mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Atención de custodia La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna condición	

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, y equipos y medicamentos experimentales</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
<p>Las tarifas impuestas por sus parientes directos o miembros de su hogar por atención que le brinden</p>	No cubiertos en ninguna condición	
<p>Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo</p>	No cubiertos en ninguna condición	
<p>Servicios domésticos que incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades de limpieza o preparación de comidas ligeras.</p>	No cubiertos en ninguna condición	
<p>Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)</p>	No cubiertos en ninguna condición	
<p>Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies</p>		<ul style="list-style-type: none"> Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes.
<p>Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor</p>	No cubiertos en ninguna condición	
<p>Habitación privada en un hospital</p>		<ul style="list-style-type: none"> Está cubierta solo cuando sea médicamente necesario

CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna condición	
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Cómo usar la cobertura del plan
para los medicamentos recetados
de la Parte D*



Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos

Como usted reúne los requisitos para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help), **parte de la información contenida en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D* puede no corresponder a su caso.** Le enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar medicamentos recetados*” (también conocida como Cláusula adicional de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el cual se explica la cobertura de sus medicamentos. Si no recibe este documento, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en el dorso de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura de medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos preferidos del Programa de Farmacias de Medicaid de Maryland se puede encontrar en <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/pages/Preferred-Drug-List.aspx>.

Sección 1.1 Normas básicas del plan sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2 de este capítulo. *O puede surtir su medicamento recetado a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (llamada Lista de medicamentos para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo.)
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Food and Drug Administration, o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de la cobertura).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Lea la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.carefirstmddsnp.com/), o llamar a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, usted deberá encontrar otra que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención de largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

- Farmacias que prestan servicios para el Programa Urbano de Salud Indígena/Tribal/Servicio de Salud Indígena (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, únicamente los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA restringe a ciertas localidades, o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms>/o llame a Servicios para Miembros.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de envío por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos suministrados a través del servicio de envío por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no están* disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados con “NM” para indicar que no están disponibles por correo en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite solicitar un **suministro de hasta 90 días**.

Para conseguir formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números telefónicos figuran en el dorso de este documento) o visitar nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/ para descargar el formulario de pedidos por correo y el cuadernillo sobre cómo solicitar su medicamento recetado a través de la farmacia de pedidos por correo. Simplemente haga clic en “Para miembros” en la parte superior de la página de destino y, luego haga clic en “Formularios de farmacia” en el lado izquierdo de la pantalla. A continuación, puede seleccionar “Formulario de pedido por correo de medicamentos recetados” para descargar el formulario. Cuando solicite medicamentos recetados a través de nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo de la red, asegúrese de que su médico escriba la receta por la cantidad que necesita para recibir un suministro de hasta 90 días. Incluya la receta, que debe incluir su nombre completo, fecha de nacimiento y dirección, así como el nombre y número de teléfono de su médico junto con el formulario de pedido por correo completo. Nuestra farmacia para pedidos por correo es CVS Caremark. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no está en la red del plan, su medicamento recetado no se cubrirá.

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo se le enviará en un plazo de 10 a 15 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé que el pedido se retrasará, se comunicarán con usted y le ayudarán a decidir si esperar el medicamento, cancelar el pedido por correo u obtener el medicamento recetado en una farmacia minorista local.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

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

- Usted utilizó los servicios de envío por correo con este plan en el pasado; o

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

- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de los medicamentos de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no fue contactado para saber si la quería antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el servicio de envío por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir automáticamente el surtido de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para optar por no recibir las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este documento).

Resurtido de medicamentos con envío por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que sus medicamentos están por acabarse. La farmacia lo contactará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si tiene medicación suficiente o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia entre 10 y 15 días antes de quedarse sin medicamentos. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente los reabastecimientos mediante pedidos por correo, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo, CVS Caremark, al 1-800-552-8159, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes.

Si recibe vuelven a surtirle un medicamento automáticamente por correo y lo no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de los medicamentos de mantenimiento enumerados en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular por una condición médica crónica o prolongada).

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms/> le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de venta por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?**Su medicamento recetado puede tener cobertura en algunas circunstancias**

Por lo general, cubrimos los medicamentos obtenidos en farmacias fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a Servicios para Miembros** para saber si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento recetado cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir una receta que no se encuentra en stock en una farmacia minorista o de pedidos por correo accesible de la red (estos medicamentos recetados incluyen medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos especializados).
- Si viaja fuera de su área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se queda sin su medicamento, si pierde su medicamento o si se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento recetado de la Parte D dispensado por una farmacia institucional fuera de la red mientras se encuentra en un departamento de emergencias, una clínica con un proveedor, un centro de cirugía para pacientes ambulatorios u otro entorno para pacientes ambulatorios.
- Si recibe un medicamento recetado de la Parte D durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que se lo evacúa o desplaza de su área de servicio o lugar de residencia.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que adquiere el

medicamento recetado. Podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2 se explica cómo solicitar al plan que le reembolse).

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar incluidos en la Lista de medicamentos del plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos preferidos del Programa de Farmacias de Medicaid de Maryland se puede encontrar en <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/pages/Preferred-Drug-List.aspx>.

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere a que el uso del medicamento cumpla *cualquiera* de estos requisitos:

- Esté aprobado por la Food and Drug Administration para el diagnóstico o la condición para los que se ha recetado.
- Esté respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

En la Lista de medicamentos se incluyen los medicamentos de marca, los genéricos, y los productos biológicos (que pueden incluir medicamentos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, donde nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares actúan con la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original y su costo, a menudo, es menor. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son

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

intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y son igual de efectivos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan solo proporciona un beneficio complementario bajo la Parte C para artículos de venta libre a través de un proveedor para artículos específicos. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- 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 esté en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 ¿Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos?

Usted cuenta con cuatro (4) maneras para averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.carefirstmddsnp.com/). La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real (Herramienta de precios de medicamentos)” del plan (www.carefirstmddsnp.com/ o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para promover que usted y su proveedor utilicen los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

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 diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o tipos de distribución de costos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar levantar la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9.)

Obtención de aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. A esto se lo conoce como **autorización previa**. Se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito lo incentiva a intentar con un medicamento menos costoso, pero igual de eficaz, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se

utilizan para tratar la misma condición médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

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

Sección 5.1	Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera
--------------------	---

Es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que usted o su proveedor consideren que debe tomar, que no se encuentre en nuestra lista de medicamentos o que se encuentre en ella con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explicó en la Sección 4.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto. **Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.**

Sección 5.2	¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?
--------------------	---

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, aquí hay algunas opciones:

- Usted puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para consultar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para el suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O tener algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estaba en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal se otorgará por hasta 30 días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. El medicamento recetado debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede entregar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que estén en el plan desde hace más de 90 días, residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro inmediatamente:**
 - Cubriremos el suministro de emergencia de un medicamento en particular por 31 días o menos si su receta es por menos días. Se trata de una cobertura adicional, además del suministro temporal que se menciona anteriormente.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como que le den el alta o lo admitan en un centro de atención a largo plazo), su proveedor de la red o su farmacia de la red pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado dicho suministro. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este podrá brindarle asistencia para formular la solicitud. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no

se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado de la lista de medicamentos o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera oportuna y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de los medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica de ese medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

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

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios para un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos aplicar a la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios a un medicamento similar con 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 o agregar nuevas restricciones. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselo luego, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos o agregar nuevas restricciones. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o 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 algún cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber después de realizar el cambio.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, en función de las advertencias del recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su profesional que receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su condición o solicitar una decisión de cobertura

para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o el profesional que receta puede solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año actual 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 realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni la suma de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos del próximo año del plan (cuando esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que le afectarán durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

A continuación, se establecen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

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

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

- Nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado a menos que esté avalado por ciertas referencias, como Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso fuera de lo indicado se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Food and Drug Administration.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén contemplados en su cobertura de medicamentos de Medicaid. Consulte la Lista de medicamentos preferidos del Programa de Farmacias de Medicaid de Maryland, que se puede encontrar en <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/Pages/Preferred-Drug-List.aspx>.

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

Si recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar sus recetas, el programa “Ayuda adicional” (Extra Help) no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo obtener sus medicamentos recetados

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, la cual puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja el medicamento recetado.

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

Si no tiene los datos de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted **deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Luego, usted podrá **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Lea el Capítulo 7, Sección 2 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

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

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

Si se le admite en un hospital o un centro de enfermería especializada con una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando el medicamento cumpla con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que el centro use, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms/> para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

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

Sección 9.3	¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?
--------------------	--

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico) que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al recetador que se lo notifique antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos según se indica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- posibles errores en los medicamentos;
- medicamentos que posiblemente no sean necesarios, ya que está tomando otro similar para tratar la misma condición médica;
- medicamentos que pueden no ser seguros ni apropiados debido a su edad o sexo;
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían afectarle si los toma al mismo tiempo;
- recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando;
- cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si toma medicamentos con opioides que obtiene de distintos profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus profesionales que recetan, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiacepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de una farmacia(s) en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un profesional(es) que receta en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un profesional que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su profesional que receta tienen derecho a solicitarnos un recurso de apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

No quedará incluido en el DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de las células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos, terminales, al final de la vida o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros con ciertas enfermedades crónicas que toman medicamentos que superan un monto específico de costos, o aquellos que están en un DMP para ayudar a los miembros a tomar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debe tomar y por qué lo hace. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, le inscribiremos en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted debe pagar por los
medicamentos recetados de la
Parte D*



Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos

Como usted reúne los requisitos para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help), **parte de la información contenida en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D* puede no corresponder a su caso.** Le enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el cual se explica su cobertura de medicamentos. Si no recibe este documento, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos **medicamento** en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, el lugar donde surtir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. Estas reglas se explican en el Capítulo 5, Sección 1 a 4. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que usted debe pagar. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus medicamentos cubiertos
--

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La suma que usted paga por el medicamento se denomina **costo compartido**, y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera como gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por sus medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de Deducible
 - Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Sí importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si los hacen en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o un familiar, por la mayoría de las organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia de medicamentos para AIDS, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica certificado por Medicare, por planes de salud de empleador o de sindicatos, por TRICARE o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare también están incluidos.

Paso a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos fuera de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos que realiza la Veterans Health Administration (VA).
- Los pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización por accidentes laborales).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento del Fabricante.

Recuerde: Si alguna otra organización, como las indicadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

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

- **Le ayudaremos.** En la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB) que recibe se incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance un total de \$2,000, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de Cobertura Inicial y que ha pasado a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime?
--

Existen tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. El importe que pague dependerá de la etapa en la cual se encuentre cuando adquiera el medicamento recetado o renueve la receta. Los detalles de cada etapa se encuentran desde la Sección 4 hasta la 6 de este capítulo. A continuación, se describen las diferentes etapas:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**Etapa 3: Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe**

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual llamado “Descripción de Beneficios de la Parte D” (la EOB de la Parte D)

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado al adquirir o resurtir sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. Esto se conoce como sus **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, los Programas de Asistencia para Medicamentos para AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Realizamos un seguimiento de sus **costos totales por medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si usted ha surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha surtido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** En esta información, se indicará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una menor distribución de costos para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para llevar control de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía siempre que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que tenemos conocimiento de los medicamentos recetados que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de los recibos. **A continuación, hay ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia a los pacientes ofrecido por el fabricante del medicamento.
 - Siempre que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos hechos por ciertos otros individuos y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, el Programa de Asistencia para Medicamentos para AIDS (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia, cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” (Extra Help) con los costos de sus medicamentos recetados, la Etapa de Deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa inicia cuando surte su primer medicamento recetado en el año. Cuando está en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible del plan, que es \$590 para 2025. 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 la culebrilla, el tétanos y los viajes. Por lo general, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$590 por sus medicamentos, saldrá de la Etapa de Deducible y pasará a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento recetado depende del medicamento y de dónde lo adquiere

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (su copago). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

El plan tiene un nivel de distribución de costos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan están en este nivel de distribución de costos:

- El nivel 1 de distribución de costos incluye medicamentos genéricos, medicamentos de marca tratados como genéricos y otros medicamentos.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista de la red

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos un medicamento recetado que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de envíos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo adquirir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este documento y el *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms/> del plan.

Sección 5.2 Una tabla en la que se muestran sus costos para un suministro de un mes de un medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago.

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Distribución de costos en farmacias minoristas estándares (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (un suministro de hasta 10 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Según la “Ayuda Adicional” [Extra Help] que reciba)	Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.60, \$4.90. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15	Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.60, \$4.90. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15	Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.60, \$4.90. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15	Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.60, \$4.90. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15

Si ya no califica para la “Ayuda adicional” (Extra Help) mientras está inscrito en el plan, se le aplicará lo siguiente:

- No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, incluso si no pagó su deducible.
- También tendrá una distribución de costos de un 25% sobre el costo total de sus medicamentos recetados de la Parte D.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre la distribución de costos de las vacunas de la Parte D.

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

Por lo general, la suma que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de todo un mes. Es posible que haya momentos en que usted o su médico quiera tener un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que suministre, una cantidad menor que la de un mes completo de sus medicamentos en caso de que esto lo ayude a planificar las fechas para resurtir las diferentes recetas médicas.

Si su médico receta una cantidad menor de un mes completo de suministro, no deberá pagar por el suministro de un mes completo.

- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Una tabla en la que se muestran sus costos para un suministro de largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Distribución de costos en farmacias minoristas estándares (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de distribución de costos <i>(Según la “Ayuda Adicional” [Extra Help] que reciba)</i>	Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.60, \$4.90. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15	Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.60, \$4.90. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15

Si ya no califica para la “Ayuda adicional” (Extra Help) mientras está inscrito en el plan, se le aplicará lo siguiente:

- No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto.
- También tendrá una distribución de costos de un 25% sobre costo total de sus medicamentos recetados de la Parte D.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,000

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,000. Luego, pasará a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe.

La EOB de la Parte D que le enviamos le ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted y el plan, así como cualquier tercero en su nombre, durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,000 de gastos de bolsillo en un año.

Le avisaremos si alcanza este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Ingresa a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que debe pagar depende de cómo y dónde las compre

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Los costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por ACIP y no tienen costo para usted.

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 aplica la vacuna.

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

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en que se encuentra.

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administrará. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando se le aplica una vacuna, pagará solo su parte del costo de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

Nota: Recomendamos recibir una vacuna que está en nuestro formulario en una farmacia de la red. Vacunarse en el consultorio médico, sin importar dónde haya comprado la vacuna, probablemente entrañe mayores gastos de bolsillo y provoque un retraso en el reembolso.

Situación 2: Recibe una vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, tal vez deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrarla.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio médico, donde se le administrará la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted tal vez deba pagar el total del costo por este servicio.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
la parte que nos corresponde de
una factura que ha recibido por
medicamentos o servicios médicos
cubiertos*

CAPÍTULO 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos los medicamentos o servicios cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar que nuestro plan le pague a usted (a menudo, este pago se llama **reembolso**). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También habrá oportunidades cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que usted recibió o posiblemente por un monto superior a su parte de la distribución de costos, tal como se indica en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que la distribución de costos permitida por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios requeridos urgentemente o de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que le facture al plan.

- Si usted pagó la suma total en el momento en que recibió la atención, solicite un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.

CAPÍTULO 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

- Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar más que su parte de los costos.

- Usted solo debe pagar la suma de distribución de costos que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como **facturación de saldo**. Esta medida de protección (por la cual nunca paga más de la suma de la distribución de costos que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado. Debe solicitarnos que le reintegremos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea cuáles son estas circunstancias en el Capítulo 5, Sección 2.5. Es posible no podamos reintegrarle la

CAPÍTULO 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando pague el costo total de un medicamento recetado porque no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos cubiertos del plan; o puede haber un requisito o restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitar que le devolvamos el pago enviándonos una solicitud por escrito. Envíenos la factura junto con la documentación que indique lo que usted pagó. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación médica en el transcurso de un (1) año y su reclamación de la Parte D en el transcurso de tres (3) años** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

A fin de asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para hacer su solicitud de pago.

CAPÍTULO 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

- No tiene que utilizar el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.carefirstmdsnp.com/) o llame a Servicios para Miembros para solicitarlo.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a la dirección correspondiente que se muestra a continuación.

Solicitudes de pago por atención médica:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Attention: Member Claims Reimbursement
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

Solicitudes de pago por atención para la salud mental y el abuso de sustancias:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
c/o Beacon Health Options
P.O. Box 1850
Hicksville, NY 11802

Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D:

CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

CAPÍTULO 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted cumplió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para los detalles sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera competente desde el punto de vista cultural y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una discapacidad auditiva o un origen cultural y étnico distinto. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación 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 las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablen inglés. También podemos proporcionarle información en sistema braille, letras grandes u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en atención médica para la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para realizar una consulta con un especialista en salud para la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (TTY: 711) para presentar una queja. Las llamadas a estos números son gratuitas (el número TTY requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla). Los representantes están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m. EST, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m. EST, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

También puede enviar una queja por escrito a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Grievances, PO. Box 915, Owings Mills, MD 21117. También puede presentar

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, please call 410-779-9932 or toll free at 844-386-6762 (TTY: 711) para presentar una queja. Las llamadas a estos números son gratuitas (el número TTY requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla). Los representantes están disponibles de 8 a.m. metro. a las 8p. metro. EST, 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. metro. a las 8p. metro. EST, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar una queja por escrito a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Grievances, PO Box 915, Owings Mills, MD 21117. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a visitar un especialista en salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión. No le solicitaremos que obtenga remisiones para atenderse con proveedores de la red.

Tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener o volver a obtener los medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

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

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su información médica personal incluye **información personal** que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le proporcione o pague su atención, *estamos obligados a obtener primero un permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales, generalmente, esto requiere que la información que le identifique de manera exclusiva no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corriamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

Aviso de prácticas de privacidad

En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y financiera, y cómo puede acceder a ella. Revíselo con atención. Nos importa la privacidad de su información médica y financiera.

Este aviso rige solo para miembros de grupos totalmente asegurados y titulares individuales de pólizas. Si usted es miembro de un grupo autoasegurado, mientras continuamos protegiendo su información personal con los mismos mecanismos de seguridad, recibirá un *Aviso de prácticas de privacidad* de su plan de salud grupal. Si no está seguro de si es un miembro totalmente asegurado o autoasegurado, comuníquese con el administrador del grupo. Este aviso se aplica a las prácticas de privacidad de CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., FirstCare, Inc. (CareFirst), CareFirst Advantage, Inc., y CareFirst Advantage DSNP, Inc. Podemos compartir su información financiera y su información médica protegida (de forma oral, escrita o electrónica), así como la información médica protegida de otras personas en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de pago u operaciones de atención médica.

Usos y divulgaciones de información médica***Nuestro deber legal***

En este aviso se describen nuestras prácticas de privacidad, que incluyen cómo podemos usar, divulgar (compartir o dar), recopilar, manejar y proteger la información médica protegida de nuestros miembros. De acuerdo con ciertas leyes federales y estatales, estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a brindarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigor el 1 de octubre del 2016 y está destinado a modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad de CareFirst con fecha de entrada en vigor el 14 de abril del 2003.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando la ley permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer vigentes los cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica protegida que mantengamos, incluida la que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web, www.carefirst.com, y proporcionaremos el aviso editado o la información sobre los cambios y cómo obtener tal aviso en nuestro próximo correo anual a nuestros suscriptores del plan de salud.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en todo momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información médica. Todos nuestros empleados reciben capacitación en estas normas en el momento de su contratación y, a partir de entonces, reciben capacitación anualmente para estar actualizados. El acceso a su información médica protegida está restringido a los propósitos comerciales apropiados y se necesitan contraseñas para acceder a nuestros sistemas informáticos y credenciales de identificación para acceder a nuestras instalaciones. Los empleados que infrinjan nuestras normas están sujetos a medidas disciplinarias.

Usos principales y divulgaciones de información médica protegida

Utilizamos y divulgamos su información médica protegida para operaciones de pago y de atención médica. Por lo general, las reglamentaciones de privacidad federales de atención médica (“Regla de Privacidad de la Ley HIPAA”) no reemplazan (o prevalecen ante) las leyes de privacidad estatales u otras leyes vigentes que proporcionen a las personas una mayor protección de la privacidad. En consecuencia, es posible que las leyes de privacidad estatales o federales vigentes impongan una norma de privacidad en virtud de la cual se nos exigirá operar. Por ejemplo, seguiremos leyes de privacidad estatales más estrictas que se relacionan con el uso y la divulgación de información médica protegida en relación con el HIV o AIDS, la salud mental, el abuso de sustancias o la dependencia de productos químicos, las pruebas genéticas y los derechos reproductivos. Además de los requisitos de dichas leyes, también podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de administración de beneficios de la salud (como el procesamiento de reclamaciones e inscripciones, la administración de la atención y las ofertas de bienestar, el pago de reclamaciones, y las iniciativas de detección y prevención de fraudes), para nuestras operaciones comerciales (incluidas la medición de calidad y la mejora y el desarrollo de beneficios) y en las siguientes situaciones:

- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “pago”, tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, es posible que utilicemos y divulguemos su información médica protegida para pagar reclamaciones por los servicios que le proporcionan médicos, hospitales, farmacias y otros que cubra su plan de salud. También podemos utilizar su información para determinar si cumple con los requisitos para los beneficios, coordinar beneficios, revisar la necesidad médica, obtener primas y enviar explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que usted participa.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “operaciones de atención médica”, tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejora, participar en la coordinación de atención o en la administración de casos y administrar nuestras actividades comerciales.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

- **Socios comerciales:** En cuanto a nuestras actividades de pago y operaciones de atención médica, celebramos contratos con personas y entidades (denominadas “socios comerciales”) para llevar a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios (como apoyo de servicio al miembro, gestión de la utilización, subrogación o administración de beneficios farmacéuticos). Podemos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de celular, con nuestros socios comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o para proporcionar los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o revelarán información médica protegida, pero únicamente después de que exijamos que acuerden por escrito los términos contractuales diseñados para proteger su información adecuadamente.
- **Otras entidades cubiertas:** Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o de pago, o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando este la necesite para brindarle tratamiento, y es posible que divulguemos esa información a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejora o autorización, certificación, licencias o acreditaciones.

Otros usos y divulgaciones posibles de información médica protegida

A continuación, se describen otras formas posibles en las que podemos (y nos permiten) usar o divulgar su información médica protegida:

- **A usted o con su autorización:** Debemos divulgarle su información médica protegida, tal como se describe en la sección Derechos Individuales de este aviso. Puede otorgarnos una autorización escrita para usar su información médica protegida o divulgarla a cualquier persona para todo fin que no esté detallado en este aviso. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en todo momento. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación que hayamos hecho según lo permitido por su autorización mientras estaba vigente. En la medida (si corresponde) en que mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, se necesita su autorización para la mayoría de las divulgaciones de estas notas. Además, en la medida (si corresponde) en que usemos o divulguemos su información para nuestras prácticas de recaudación de fondos, le brindaremos la capacidad de no participar en futuras comunicaciones sobre recaudación de fondos. Además, se necesita su autorización para la mayoría (pero no todos) de los usos y las divulgaciones de información médica para fines de marketing y para las divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida. Sin su autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información médica protegida por ningún motivo, excepto por aquellos descritos en este aviso.
- **Al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services:** Debemos divulgar su información médica protegida al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) cuando dicho funcionario esté investigando o determinando si cumplimos con las regulaciones federales de privacidad.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

- ***A los patrocinadores del plan:*** Si la ley lo permite, podemos divulgar su información médica protegida al patrocinador de su plan de salud grupal para permitirle llevar a cabo las funciones de administración del plan. Por ejemplo, un patrocinador del plan puede comunicarse con nosotros para solicitar información y así evaluar cambios futuros en su plan de beneficios. También podemos divulgar al patrocinador información médica resumida (este tipo de información se define en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA) acerca de los inscritos en su plan de salud grupal para que obtenga ofertas de primas para la cobertura del seguro de salud que se ofrece por medio de su plan de salud grupal o para que decida si lo modifica, enmienda o concluye.
- ***A familiares y amigos:*** Si usted está de acuerdo (o si no está disponible para aceptar), como en una situación de emergencia médica, podemos divulgar su información médica protegida a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de esta.
- ***Suscripción al seguro:*** Es posible que recibamos su información médica protegida para suscripciones al seguro, calificaciones de primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud. No utilizaremos ni divulgaremos información médica protegida que se trate de información genética de una persona para tales fines. No utilizaremos ni divulgaremos más esta información médica protegida que se haya recibido en estas circunstancias para ningún otro fin, excepto según lo exigido por la ley, a menos que usted celebre un contrato de seguro de salud o beneficios de salud con nosotros y hasta que lo haga.
- ***Actividades de supervisión de salud:*** Es posible que divulguemos su información médica protegida a un organismo de supervisión médica para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones o medidas disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales. Los organismos de supervisión que solicitan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios del Gobierno, (iii) otros programas reglamentarios del Gobierno y (iv) el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- ***Abuso o abandono:*** Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades pertinentes si consideramos razonablemente que podría ser una posible víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros delitos.
- ***Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:*** En conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- ***Funcionarios responsables de la investigación, médicos forenses, directores funerarios y agencias de donación de órganos:*** Podemos divulgar su información médica protegida a un funcionario responsable de la investigación o médico forense para que este le identifique después de morir, determine la causa de muerte o lleve a cabo otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar, según lo autorizado por la ley, información a los directores funerarios para que puedan llevar a cabo sus funciones en su nombre. Además, es posible que divulguemos esa información a organizaciones que se encargan de donaciones de órganos, ojos o tejidos, y trasplantes.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

- **Investigación:** Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad: (1) haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) haya aprobado la investigación.
- **Reclusos:** Si usted es un recluso en una cárcel, podemos divulgar su información médica protegida a esa institución o a un funcionario de la ley con los siguientes fines: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para su salud y seguridad, y la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Compensación a los trabajadores:** Podemos divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y con otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades que estén relacionadas con el trabajo.
- **Salud y seguridad públicas:** Podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria a fin de evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de los demás.
- **Casos exigidos por la ley:** Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida cuando así lo exija la ley. Por ejemplo, debemos divulgar su información médica protegida al DHHS, bajo solicitud, para determinar si cumplimos con las leyes federales de privacidad.
- **Procesos y procedimientos legales:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a un tribunal o una orden administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden de detención o citación del gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios de la ley.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar a un funcionario de la ley la información médica protegida limitada de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, una víctima de un delito o una persona desaparecida. Es posible que divulguemos información médica protegida cuando sea necesario para ayudar a que los funcionarios de la ley capturen a una persona que haya admitido haber sido partícipe de un delito o que se haya escapado de la custodia legal.
- **Seguridad militar y nacional:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica protegida del personal de las Fuerzas Armadas. Es posible que divulguemos a los funcionarios federales información médica protegida que sea necesaria para el contraespionaje, el espionaje y otras actividades de seguridad nacional.
- **Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida:** Se harán otros usos y divulgaciones de su información médica protegida que no se describan anteriormente solo con su autorización por escrito. Si nos proporciona dicha autorización, puede revocarla por escrito, y esta revocación será efectiva para usos y divulgaciones futuros de información médica protegida. Sin embargo, no lo será para la información que ya hayamos usado o divulgado conforme a su autorización.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

Derechos individuales

Acceso: Usted tiene derecho a consultar u obtener copias de la información médica protegida que esté en un conjunto de registros designados, con excepciones limitadas. Puede solicitar que proporcionemos copias en otro formato que no sea el de fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de manera razonable. Debe presentar una solicitud por escrito para acceder a su información médica protegida. En determinadas circunstancias, si presenta la solicitud por escrito, puede pedir que la información sea una copia electrónica. También puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si solicita copias, es posible que le cobremos una tarifa razonable por cada página y costos de envío si desea que se las envíen por correo. Si solicita un formato alternativo, es posible que le cobremos una tarifa con base en el costo por proporcionarle la información médica protegida en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica protegida, pero es posible que le cobremos una tarifa para hacerlo.

En determinadas circunstancias, podemos denegarle la solicitud para examinar y copiar la información médica protegida. En ciertas condiciones, no se podrá revisar la denegación. Si esto ocurre, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no se podrá revisar. Si se le niega el acceso a su información y la denegación está sujeta a revisión, puede solicitar que se la revise. Elegiremos a un profesional de atención médica para que revise su solicitud y la denegación. La persona que realice esta revisión no será la misma persona que denegó su solicitud inicial.

- **Justificación de divulgación:** Usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayan divulgado su información médica protegida para otros fines que no hayan sido tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas. Le proporcionaremos la fecha en la que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información, una descripción de la información que divulgamos, el motivo de la divulgación y otra información determinada. Su solicitud puede ser para divulgaciones que se hayan hecho hasta seis años antes de la fecha de la solicitud.

Puede pedir una justificación enviando la solicitud por escrito con la información que aparece al final de este aviso. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Solicitudes de restricción: Usted tiene derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero, si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en un caso de emergencia), a menos que recibamos una solicitud por escrito de su parte para rescindir la restricción o hasta que lo hagamos. Todo acuerdo que podamos hacer por una solicitud de restricciones adicionales debe ser por escrito y debe estar firmado por una persona autorizada para hacer dicho acuerdo en nuestro nombre. No nos haremos responsables de usos y divulgaciones que se hayan hecho fuera de la restricción solicitada, a menos que nuestro acuerdo de restricción sea por escrito. Estamos autorizados a rescindir nuestro acuerdo sobre la restricción solicitada enviándole un aviso por escrito.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

Puede solicitar una restricción si nos escribe utilizando la información que aparece al final de este aviso. En su solicitud, indíquenos lo siguiente: (1) la información sobre la cual desea limitar nuestro uso y divulgación, y (2) la manera en que desea limitar nuestro uso o divulgación de la información. También puede utilizar la información que aparece al final de este aviso para enviar una solicitud por escrito a fin de rescindir una restricción acordada.

- **Comunicación confidencial:** Si cree que la divulgación de toda su información médica protegida o de parte de ella puede ponerlo en peligro, tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial para hablar de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar que le enviemos información por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Si su solicitud es razonable y en ella se indican los medios alternativos o la ubicación alternativa y cómo se manejarán las cuestiones de pago (primas y reclamaciones), podemos admitirla. Puede solicitar comunicación confidencial si nos escribe utilizando la información que aparece al final de este aviso.
- **Enmienda:** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. Su solicitud debe ser por escrito y en ella se debe explicar por qué se debería modificar la información. Si no creamos la información que desea que se modifique o si existen otras razones, podemos denegar su solicitud. Si eso ocurre, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de disconformidad para que se anexe a la información que quería que se modificara. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, tomaremos todas las medidas razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre la enmienda e incluir los cambios en toda divulgación futura de esa información.

Aviso electrónico: Incluso si acepta recibir este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a recibir una copia impresa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtenerlo por escrito. Si la transmisión del correo electrónico no se realizó correctamente y CareFirst está al tanto del error, le enviaremos una copia impresa del aviso.

- **Notificación de infracción de información:** En caso de que haya una infracción de su información médica no segura, le proporcionaremos una notificación sobre ello, como lo requiera la ley o cuando lo consideremos apropiado.

Recopilación de información financiera personal y usos y divulgaciones de información financiera

Podemos recopilar su información financiera personal de muchas fuentes, entre las que se incluyen las siguientes:

- Información que proporciona en solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, salario, edad y sexo.
- Información sobre su relación con CareFirst, nuestros afiliados y otros, como su cobertura de póliza, primas e historial de pago de reclamaciones.
- Información, tal como se describió anteriormente, que obtenemos de cualquiera de nuestros afiliados.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

- Información que recibimos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su corredor y otros terceros.
- Información que recibimos sobre usted cuando inicia sesión en nuestro sitio web. Mediante el uso de “cookies”, podemos hacer un seguimiento de cierta información, como saber si los miembros han visitado anteriormente el sitio web de CareFirst o para hacer un seguimiento del tiempo que los visitantes pasan en el sitio web. Estas cookies no recopilan información de identificación personal, y no combinamos información recopilada mediante cookies con otra información financiera personal para determinar la identidad de los visitantes de su sitio web. No divulgaremos las cookies a terceros.

¿Cómo se utiliza su información?

Utilizamos la información que recopilamos sobre usted en relación con la suscripción a seguros o la administración de una póliza de seguro o reclamación, o para otros fines permitidos por la ley. En ningún momento revelamos su información financiera a ninguna persona ajena a CareFirst, a menos que tengamos su autorización correspondiente o que estemos autorizados u obligados a hacerlo por ley. Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información. Además, limitamos el acceso a su información financiera a los empleados de CareFirst, socios comerciales, proveedores, administradores del plan de beneficios, corredores, consultores y agentes que necesiten conocerla para llevar a cabo actividades comerciales de CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

Con el fin de proteger su privacidad, los terceros afiliados o no afiliados a CareFirst también están sujetos a leyes de privacidad estrictas. Las entidades afiliadas son compañías que forman parte de la familia corporativa CareFirst e incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), administradores de terceros, compañías aseguradoras de salud, aseguradoras de atención a largo plazo y agencias de seguros. En algunas situaciones relacionadas con nuestras transacciones de seguros de las que usted forme parte, divulgaremos su información financiera personal a un tercero no afiliado que nos ayude a proporcionarle servicios.

Cuando divulgamos información a estos terceros, les exigimos que acepten proteger su información financiera y que la utilicen únicamente para su fin previsto y para cumplir con todas las leyes pertinentes.

Cambios en nuestra política de privacidad

CareFirst revisa periódicamente sus políticas y se reserva el derecho de cambiarlas. Si cambiamos el contenido de nuestra política de privacidad, continuaremos con nuestro compromiso de mantener segura su información financiera: es nuestra máxima prioridad. Incluso si ya no es cliente de CareFirst, nuestra política de privacidad continuará vigente para sus registros.

Preguntas y reclamos***Información sobre las prácticas de privacidad de CareFirst***

Puede solicitar una copia de nuestros avisos en todo momento. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, si desea copias adicionales de este aviso o si tiene preguntas o inquietudes, llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

o comuníquese con la Oficina de Privacidad de CareFirst utilizando la información que aparece a continuación.

Cómo presentar un reclamo

Si le preocupa que pudiéramos haber infringido sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus derechos individuales, puede utilizar la información de contacto que aparece al final de este aviso para presentarnos un reclamo. También puede presentar un reclamo por escrito al DHHS. Le proporcionaremos la información de contacto del DHHS si la solicita.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica y financiera protegida. Si decide presentar un reclamo ante nosotros o ante el DHHS, no tomaremos represalias de ninguna manera.

Información de contacto:

CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc.
 Privacy Office CT 10-03
 10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117
 Teléfono: 800-853-9236
 Fax: 410-505-6692
 Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia es el nombre comercial de Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc. En el District of Columbia y en Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. of Maryland (usado en VA por: First Care, Inc.). CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc., Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si desea alguna de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

El Estado de Maryland ofrece un formulario para planificar la atención médica llamado las “Instrucciones médicas anticipadas de Maryland: planificación de decisiones sobre atención médica futura”. Planificación para futuras decisiones de atención médica”. El formulario se puede completar en línea en <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx>, o puede escribir a la Oficina del Fiscal General, División de políticas de decisiones médicas, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201 para solicitar una copia.

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una directiva anticipada para definir sus instrucciones, deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Se recomienda entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Oficina del Fiscal General, División de políticas de decisiones médicas, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Cualquiera sea su solicitud (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	--

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se respetaron sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY: 1-800-537-7697, o llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otras cuestiones?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de discriminación*, puede obtener ayuda para resolver el problema de la siguiente manera:

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

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

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Usted puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Usted puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este documento de Evidencia de cobertura para conocer qué es lo que tiene cubierto y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

CAPÍTULO 8 Derechos y responsabilidades

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
- Si le corresponde pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus altos ingresos (según la última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al Gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene algún problema
o queja
(decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para abordar el problema depende de dos cosas:

1. Si el problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare, el de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para Miembros.
2. Según el tipo de problema que tenga:
 - Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**, también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Conocer los términos que deben utilizarse le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

**CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre dispuestos a ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, es conveniente que acuda siempre al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, puede que también desee ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el capítulo 2, sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare puede hacer lo siguiente:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland.

- Puede llamar a 410-767-6500 o 877-463-3464, 8:30am-5pm, De lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-735-2258.
- Puede escribir a Maryland Department of Health
201 West Preston Street
Baltimore, MD 21201
- Puede visitar el sitio web de Medicaid en Maryland (<https://mmcp.health.maryland.gov>).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o reclamo. El proceso que utilice depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema se refiere a un beneficio

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

¿Su problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

Si desea obtener ayuda para decidir si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros.

Mi problema se relaciona con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare**.

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

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, **Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o reclamos sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

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

Esto incluye problemas para determinar si servicios de atención médica (artículos médicos, servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

**CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, **Sección 5: Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya directamente a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para temas tales como saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de cobertura deja en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un tipo de atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos una decisión de cobertura para su caso.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán 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 descarte su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, antes o después de haber recibido un beneficio, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una apelación expeditiva o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

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

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com.)
 - Para atención médica, el médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, estos pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/). El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro de qué sección debería utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura

<p>Sección 6.1 En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde del costo de la atención</p>
--

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las normas para los elementos médicos y los servicios.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer la Sección 7 y la Sección 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

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

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

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

- Puede *solicitar únicamente* la cobertura de artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, *tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - explique que utilizaremos los plazos estándar;
 - explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida;
 - explique cómo puede presentar un reclamo rápido por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le brindaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir la solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un plazo expeditivo.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales

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

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

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días calendario, o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida que se incluyen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos en respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias y el envío de esta información a usted.

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, revisamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva respecto a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si la respuesta de nuestro plan es negativa respecto a una parte o a todo lo presentado en su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE**.

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

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias y el envío de esta información a usted.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de una apelación rápida, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que la reciba.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión deberá responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe la apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión independiente da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o proveer el servicio dentro de los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o brindar el servicio **dentro de las 72 horas** de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes expeditivas**.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**, o **dentro de las 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes expeditivas**.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Notificándole de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cubrir un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le comunicará el valor en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
- Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos de Medicaid, envíenosla. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema. Pero si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las normas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, normalmente en un plazo de 30 días calendario pero no mayor a 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si solicita un reintegro por atención médica que usted recibió y pago, no podrá 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 la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** A modo de simplificación, generalmente nos referimos a *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos 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 nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su medicamento recetado no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite 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 se denomina **determinación de cobertura.**

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar que retiremos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar un reembolso. Sección 7.4**

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

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de la distribución de costos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción por el monto de distribución de costos que requerimos que pague por el medicamento.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** de haber recibido la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida de un reintegro por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, se la comunicaremos automáticamente.
 - Explica cómo puede presentar un reclamo rápido por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas de la recepción.

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

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Puede acceder a una versión para imprimir del formulario o enviar su solicitud de determinación de cobertura electrónicamente a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en nuestro sitio web en <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms/>. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro profesional que receta nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación expeditiva**.

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 realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-844-786-6762.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de solicitud para la redeterminación* de cobertura de modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **También puede enviar una solicitud de apelación de forma electrónica a través de nuestro sitio web seguro.** Solo tiene que ingresar en www.carefirst.com/mddsnp y hacer clic en “For Members” (Para miembros) en la parte superior de la página. A continuación, haga clic en “Pharmacy Forms” (formularios de farmacia) a la izquierda de la página. Verá “Request for a Redetermination of a Denial of Prescription Drug Coverage (Appeal for Prescription Drug Services) – Online” (Solicitud de redeterminación de la denegación de cobertura de un medicamento recetado [Apelación para servicios de medicamentos recetados en línea]), en la página. Solo haga clic en el enlace y lo llevará a nuestro sitio seguro para enviar la apelación.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos en respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias y el envío de esta información a usted.

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta a una parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o toda su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación. **Si nuestra respuesta a una parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Los plazos para una apelación estándar por el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o toda su solicitud**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es negativa, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

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

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la Entidad de Revisión Independiente . A veces se le denomina IRE .
--

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

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, 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.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias y el envío de esta información a usted.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización decide otorgarle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a la apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud, debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Para las apelaciones estándar:

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud de reintegro** por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

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

- Explicándole su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple 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 en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

**CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de dos días calendario luego de ser hospitalizado, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe un aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso detenidamente y realice preguntas si no lo entiende.** El aviso le indica lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se atrase la fecha de su alta, de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para constatar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - A usted o a la persona que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso.
 - Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. El aviso no proporciona la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Conserve una copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si firma el aviso con más de dos días calendario de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar nada* mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo,** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después que nos

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

contacten le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha de alta prevista y explica detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado de alta llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información provista por nosotros y el hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta prevista. En este aviso también se explican detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar brindando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha programada para el alta es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará el mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.**
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad da una respuesta *negativa* a su apelación y usted continúa hospitalizado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron respecto a su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estancia después de su fecha programada para el alta.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días corridos** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días corridos a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán la decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).*

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria) cubiertos**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Usted recibe un aviso por escrito** por lo menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le solicitará a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para constatar que lo recibió.** Si firma el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el momento en que el plan decide suspender su atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para iniciar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, aún puede tener derechos para apelar. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le consultarán a usted o a su representante las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** en la cual le explicaremos en forma detallada nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es afirmativa?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar brindando los servicios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

- Si la respuesta de los revisores es *negativa*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado.**
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

**CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron respecto de la primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura para la atención finalizó.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán la decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaba su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

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

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede aplicarse a su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación 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 del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

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

Esta sección puede aplicarse a su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual presentó la apelación cumple con un determinado monto en dólares, usted podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

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 afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El procedimiento para reclamos se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el procedimiento para reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los siguientes son algunos ejemplos: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala exámenes médicos o esperar demasiado para adquirir un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le proporcionamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le contestamos de forma negativa; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar un reclamo.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Reclamo	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos, artículos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar un reclamo. • Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **Queja** también se denomina **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se llama **presentar una queja formal**.
- **Utilizar el proceso para quejas** también se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se denomina **queja formal expeditiva**.

Sección 11.3 Paso a paso: presentar una queja

Paso 1: contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es comunicarse con Servicios para Miembros.** Si hay algo más que debe hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Para utilizar nuestro proceso de quejas, debe llamar o enviarnos su queja por escrito mediante una de las formas de contacto que se indican en el capítulo 2.
 - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluida la documentación de respaldo que considere apropiada. Deberíamos recibir su queja dentro de los 60 días corridos posteriores al evento o incidente que haya provocado la presentación de dicha queja.
 - Un miembro de nuestro equipo de Apelaciones y quejas investigará su problema. Si envía su queja verbalmente, le informaremos el resultado de nuestra revisión y de nuestra decisión verbalmente o por escrito. Si envía una queja verbal y solicita que la respuesta sea por escrito, le responderemos por escrito. Si nos envía una queja por escrito, le enviaremos una respuesta por escrito que indique el resultado de nuestra revisión. Nuestro aviso incluirá una descripción de que comprendimos su queja y de nuestra decisión de manera clara.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Debemos abordar su queja tan pronto como lo requiera su caso según su estado de salud, pero a más tardar 30 días corridos después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días corridos si justificamos que la necesidad de información adicional y la demora es lo más conveniente para usted.
- También tiene derecho a pedir una queja “expedita” rápida. Una queja “expedita” rápida es un tipo de queja que debe resolverse dentro de las 24 horas desde el momento en que usted se comunica con nosotros. Tiene derecho a solicitar una queja “expedita” rápida si no está de acuerdo con lo siguiente:
 - nuestro plan para tomar una extensión de 14 días calendario en una determinación de la organización/cobertura o reconsideración/redeterminación (apelación); o
 - nuestra denegación de su solicitud para agilizar una determinación o reconsideración de la organización (apelación) para los servicios médicos; o
 - nuestra denegación de su solicitud para agilizar una determinación o redeterminación de la cobertura (apelación) para los medicamentos recetados de la Parte D.

El proceso de queja “expedita” rápida es el siguiente:

- Usted o un representante autorizado pueden llamar, enviar por fax o por correo su queja y mencionar que desean un proceso de queja rápida o expedita. Llame al número de teléfono, envíe por fax o escriba su queja y envíela a la dirección que aparece en el capítulo 2. La manera más rápida de presentar una queja rápida es llamarnos o enviarnos un fax. La manera más rápida de presentar una queja es mediante una llamada telefónica. Cuando recibamos su queja, investigaremos de inmediato el problema que identificó. Si convenimos en que su queja cumple con los criterios para una queja rápida, cancelaremos la extensión de 14 días calendario o aceleraremos la determinación o apelación según su solicitud original. Si su solicitud no cumple con los criterios, convertiremos su solicitud en una queja estándar y le proporcionaremos nuestra respuesta dentro de los 30 días corridos a partir de la fecha en que recibimos su solicitud inicial.
- 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.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le aprobaremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una **respuesta dentro de las 24 horas.**

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si **no estamos de acuerdo** con su queja de forma total o parcial, o bien no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a *la calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el Gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Usted puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Tenga en cuenta que la mayoría de sus beneficios deben estar cubiertos por su plan de beneficios de Medicare. Si existen beneficios que no están cubiertos por su plan de beneficios de Medicare, es posible que aún tenga acceso a dichos beneficios a través de su cobertura de Medicaid del estado de Maryland. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de Medicaid o desea presentar una queja relacionada con los servicios cubiertos de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland al 1-877-463-3464. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

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

La cancelación de su membresía en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* retirarse. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, sino que estamos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su parte de los costos hasta que termine su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid

- La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, usted puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, que incluyen:
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática).
 - O bien, si es elegible, un plan D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura “válida” para medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento).

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Periodo de inscripción anual.

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción anual
--

Usted puede finalizar su membresía durante el Período de **inscripción anual** (también conocido como el Período anual de inscripciones abiertas). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

O

 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--

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

- **El Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:

- Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes después de la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede poner fin a su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, es posible que reúna los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial en caso de que se produzca alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se mudó.
- Si tiene asistencia médica de Maryland (Medicaid).
- Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1 se brinda más información acerca del Período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para averiguar si cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne los requisitos para poner fin a su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
O BIEN
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

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

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información acerca del Período de inscripción especial para personas con Medicaid y “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?
--

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

- **Llame a Servicios para Miembros**
- Puede encontrar la información en la guía *Medicare y Usted 2025*.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

En la siguiente tabla se explica cómo debería ponerle fin a su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. <p>Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage</p>

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	DualPrime cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbese en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. <p>Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado <ul style="list-style-type: none"> • Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática. • Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días corridos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si, luego, se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para anular su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se anulará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, luego, se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Maryland Medical Assistance comuníquese con Maryland Medical Assistance al 410-767-6500 o 877-463-3464 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-735-2258), De lunes a viernes 8:30am-5pm. Puede obtener ayuda en su idioma y estos servicios están disponibles de forma gratuita. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Maryland Medical Assistance.

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

Hasta que finalice su membresía en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo servicios y artículos médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o pedido por correo para obtener sus medicamentos.**
- **Si usted está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe finalizar su membresía en el plan si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no reúne los requisitos para tener Medicaid. Como se establece en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a personas que reúnan los requisitos para tener Medicare y Medicaid. Nuestro plan seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de hasta dos (2) meses si pierde la elegibilidad de Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de que sepamos que perdió la elegibilidad y se lo comunicaremos. Si al final del período de gracia de dos (2) meses no vuelve a adquirir el estado de beneficio Doblemente elegible con beneficios completos (FBDE) o el estado de elegibilidad de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) con la asistencia médica de Maryland (Medicaid) y no se ha inscrito en un plan diferente, anularemos su inscripción a nuestro plan y quedará inscrito en Original Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare anulará su inscripción en nuestro plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar 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 regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, 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 proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo 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, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos Federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services 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 Department of Health and Human Services en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si desea presentar una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de los CMS en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de los CMS en los subapartados B a D del apartado 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime tiene derechos de subrogación y reembolso. La subrogación requiere que usted le ceda a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime todo derecho que pueda tener contra un tercero. Un tercero es cualquier persona, corporación, compañía aseguradora u otra entidad que pueda ser responsable ante usted por una lesión o enfermedad. Este derecho se aplica a la cantidad de beneficios pagados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime por lesiones o enfermedades donde un tercero podría ser responsable. Al plan se le otorgan los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el Programa Medicare en virtud de las normas del Pagador secundario de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime puede usar cualquier derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare bajo 42 U.S.C. § 1395mm(e)(4), 42 U.S.C. § 1395w-22(a)(4), 42 C.F.R. Parte 411, y 42 C.F.R. Parte 422.

Recuperación significa tener éxito en una demanda, para cobrar u obtener una cantidad; obtener una sentencia favorable o definitiva; obtener una cantidad de cualquier manera legal; un monto finalmente cobrado o el monto de la sentencia como resultado de una acción entablada contra un tercero o que involucre reclamaciones de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente. Una recuperación no incluye los pagos que se le realizan a usted en virtud de una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no recuperará gastos médicos de su parte, a menos que usted recupere gastos médicos en causa de acción.

- A.** Debe notificar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime tan pronto como sea razonablemente posible que un tercero pueda ser responsable de las lesiones o enfermedades para las que se proporcionan o pagan los beneficios.
- B.** En la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime será subrogado y tendrá éxito en cualquier derecho de recuperación que usted pueda tener contra cualquier persona u organización.
- C.** Usted deberá pagar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime el monto recuperado por demanda, liquidación u otro modo de cualquier compañía aseguradora de un tercero, cualquier cobertura de conductor no asegurado o con un seguro insuficiente, o según lo permita la ley, en la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción.
- D.** Usted debe proporcionar información y asistencia, y ejecutar documentos que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime pueda requerir para facilitar la aplicación de estos derechos. Usted no realizará ningún tipo de acción que perjudique los derechos e intereses de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

CAPÍTULO 11 Avisos legales

- E.** En una reclamación de subrogación que surja de una reclamación de lesión personal, el monto recuperado por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime puede reducirse de la siguiente manera:
- 1.** Dividiendo el monto total de la recuperación por lesiones personales entre el monto total de los honorarios de los abogados en los que incurre la persona lesionada por los servicios prestados en relación con la reclamación de la persona lesionada; y
 - 2.** Multiplicando el resultado por la cantidad de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Este porcentaje no puede exceder un tercio ($1/3$) de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- F.** A pedido por escrito por parte de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, usted o su abogado que exige una reducción de la reclamación de subrogación entregará a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime su certificación que indica el monto de los honorarios del abogado incurridos.

CAPÍTULO 12:

*Definiciones de términos
importantes*

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de distribución de costos permitida del plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, usted solo tiene que pagar el monto de distribución de costos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones de saldo** o que de otro modo le cobren más del monto de distribución de costos que debe pagar según se establece en su plan.

Período de beneficios: la forma que utilizan nuestro plan y Original Medicare para medir su uso de los servicios que recibe en un hospital y un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir 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 lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Vea también “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera 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 (Vea “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de Cobertura en caso de Catástrofe: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

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

Plan de necesidades especiales para condiciones crónicas (C-SNP): los C-SNP son planes de necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículo 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de múltiples enfermedades comórbidas comunes y agrupaciones de condiciones relacionadas clínicamente, especificadas en el Título 42 del CFR, artículo 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: Monto que se le puede exigir que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Reclamo: el nombre formal para presentar un reclamo es **presentar una queja**. El proceso para presentar reclamos *solo* se utiliza para determinados problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye reclamos si su plan no cumple con los tiempos designados en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como su parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es una suma fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Distribución de costos: la distribución de costos se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier suma fija de copago que un plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos o (3) cualquier suma de coseguro, un porcentaje de la suma total pagada por un servicio o medicamento que el plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

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

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

Cobertura válida de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia refiere a cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas sin capacitación o habilidades profesionales, incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Tasa diaria de distribución de costos: una “tasa diaria de distribución de costos” puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “tasa diaria de distribución de costos” es de \$1 por día.

Deducible: la suma que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Anular la inscripción o Anulación de inscripción: el proceso de cancelar su membresía en el plan.

Tarifa por receta médica: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento recetado.

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

Persona con doble elegibilidad: una persona que cumple los requisitos para obtener la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que tienen las siguientes características: (1) son proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) se necesitan para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario). También puede solicitar una excepción si nuestro plan exige que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted quiere que no apliquemos los criterios de restricción, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

“Ayuda Adicional” (Extra Help): un programa de asistencia económica de Medicare destinado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca, aunque su costo a menudo es menor.

Queja: tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidos los reclamos por la calidad de atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que provee servicios que no requieren las habilidades de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como asistencia con los cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: sucede cuando un paciente es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a una suma determinada, pagará la suma de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año alcancen el monto del límite de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: período en que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

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

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan en el que se inscriben personas que reúnen los requisitos y que residen en forma continua o esperan residir en forma continua durante 90 días o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros pueden ser un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF) (SNF/ NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/ IID), un centro de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estados de salud similares a los otros tipos de centros nombrados. Un Plan institucional de necesidades especiales debe tener una relación contractual con (o poseer y administrar) los centros LTC específicos.

Plan equivalente al plan institucional de necesidades especiales: un plan en el que se inscriben personas que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del Estado respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

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

Subsidio por bajos ingresos (LIS): vea “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Programa de Descuento del Fabricante: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos

Monto máximo de gastos de bolsillo: monto máximo que puede pagar de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Las sumas que paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Además de los montos máximos de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios. Si usted reúne los requisitos para recibir asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Food and Drug Administration o respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesarios: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

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

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Private Fee-for-Service (PFFS) o un iv) un Plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de costos de Medicare: el Plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o Plan Médico Competitivo (CMP) conforme a un contrato de reembolso de costos, según la sección 1876(h) de la Ley.

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

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o Miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los compra en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red - Proveedor: es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

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

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se lo llama producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro para coordinar o proporcionar servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son contratados ni administrados por nuestro plan ni son de nuestra propiedad.

Gastos de bolsillo: vea la definición anterior de distribución de costos. El requisito de distribución de costos por el cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

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

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios y apoyos de atención médica, social y a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted permanece sin una cobertura válida (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que cumple por primera vez con los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados.

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el Gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del inscrito y de los beneficios. Esto incluye montos de distribución de costos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas condiciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su condición médica antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Complementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de necesidad urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	410-779-9932 o número de teléfono gratuito 844-386-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre De 8 a. m. a 8 p. m., hora del este
FAX	844-961-0696
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Services Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
SITIO WEB	www.carefirstmddsnp.com/

State Health Insurance Assistance Program (Maryland SHIP)

State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o 800-243-3425
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 301 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación 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.