

2023

Evidencia de Cobertura



BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)



Sirviendo los condados de Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos de venta con receta como miembro del plan BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Este documento ofrece los detalles de su cobertura de atención médica y medicamentos de venta con receta de Medicare vigentes desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2023.

El presente es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 para hacer preguntas sobre este documento. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Atención disponible de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, (excepto los feriados).

Health Choice Arizona Inc. ofrece el plan BCBSAZ Health Choice Pathway HMO D-SNP. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a BCBSAZ Health Choice, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BCBSAZ Health Choice Pathway).

Este documento está disponible en español de forma gratuita. Esta información también está disponible en otros formatos, como en Braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario. Los inscritos afectados por estos cambios recibirán una notificación con al menos 30 días de anticipación.

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Use este documento para obtener información sobre lo siguiente:

- la prima de su plan y los costos compartidos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos de venta con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones según lo requerido por las leyes de Medicare.

Usted, el miembro, reconoce expresamente que comprende que este plan de salud constituye un contrato únicamente entre usted y BCBSAZ Health Choice, una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la “Asociación”), que permite a BCBSAZ Health Choice usar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en Arizona. BCBSAZ Health Choice no está contratando como agente de la Asociación. Usted no ha celebrado este Acuerdo sobre la base de ninguna representación de ninguna persona que no sea BCBSAZ Health Choice. Ninguna persona, entidad u organización que no sea BCBSAZ Health Choice será responsable de ninguna de las obligaciones de BCBSAZ Health Choice hacia usted creadas en virtud de este Acuerdo.

Evidencia de cobertura 2023

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Introducción como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Material importante sobre la membresía que recibirá.....	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para BCBSAZ Health Choice Pathway.....	12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan	17
SECCIÓN 7 Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: <i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	20
SECCIÓN 1 Contactos de BCBSAZ Health Choice Pathway (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros).....	21
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus consultas sobre Medicare)	27
SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad.....	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid)	30
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta.....	32
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.....	34
SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda de la Agencia Local de la Tercera Edad de Arizona.....	35
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	36
SECCIÓN 1 Información necesaria para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	37
SECCIÓN 2 Uso de los proveedores en la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante una catástrofe.....	43

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?	46
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	47
SECCIÓN 6	Normas para la obtención de atención en un establecimiento de atención de salud religioso no médico	49
SECCIÓN 7	Normas para posesión de equipo médico duradero	50
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)</i>	52
SECCIÓN 1	Comprensión de sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos	53
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué servicios están cubiertos y cuánto pagará por estos.....	57
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de BCBSAZ Health Choice Pathway?.....	117
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	118
CAPÍTULO 5:	<i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D</i>	122
SECCIÓN 1	Introducción.....	123
SECCIÓN 2	Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	124
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	128
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	130
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos como usted quiere?	131
SECCIÓN 6	¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	133
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	136
SECCIÓN 8	Surtir un medicamento de venta con receta.....	137
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	137
SECCIÓN 10	Programas de seguridad con fármacos y control de medicamentos.....	139
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D</i>	142
SECCIÓN 1	Introducción.....	143
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre cuando lo compre.....	146
SECCIÓN 3	Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted	146
SECCIÓN 4	Durante la etapa de falta de cobertura, usted paga el costo total de sus medicamentos	148

SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	149
SECCIÓN 6	La etapa de falta de cobertura	155
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	155
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga por vacunas depende de cómo y dónde se las aplique.....	156
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitar que le paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....		158
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que le paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	159
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió.....	161
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no.....	162
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>.....		163
SECTION 1	Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan	164
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	165
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	177
CAPÍTULO 9: <i>Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>		179
SECCIÓN 1	Introducción.....	180
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	181
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?.....	184
SECCIÓN 4	Manejo de los problemas sobre sus beneficios de Medicare.....	185
SECCIÓN 5	Guía sobre los principios básicos sobre decisiones de cobertura y presentación de apelaciones.....	186
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación de una decisión de cobertura.....	189
SECCIÓN 7	Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	197
SECCIÓN 8	Cómo solicitar una cobertura para una internación más larga en un hospital si piensa que su médico le dio de alta muy pronto	207
SECCIÓN 9	Cómo solicitar el mantenimiento de ciertos servicios médicos si piensa que la cobertura termina demasiado pronto.....	215
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más	222

SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas	225
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)	228
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	231
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en el plan.....	232
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	232
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	236
SECCIÓN 4	Debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.....	237
SECCIÓN 5	BCBSAZ Health Choice Pathway debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	238
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	240
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes aplicables.....	241
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	241
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	242
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	243

CAPÍTULO 1:

Introducción como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway, un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto tanto por Medicare como por El Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS) (Medicaid):

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **El Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS) (Medicaid)** es un programa mixto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia económica para gastos médicos a determinadas personas de ingresos y recursos limitados. La cobertura de AHCCCS (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con AHCCCS (Medicaid) reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura por medicamentos y servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted eligió recibir su atención médica de Medicare y la cobertura de medicamentos de venta con receta a través de nuestro plan, BCBSAZ Health Choice Pathway. Debemos cubrir todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan son distintos de los de Original Medicare.

BCBSAZ Health Choice Pathway es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. BCBSAZ Health Choice Pathway está diseñado para las personas que cuentan con Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid).

Debido a que recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid) con otros costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) de las partes A y B de Medicare, es posible que usted pague menos por sus servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que no suelen estar cubiertos por Medicare. También puede recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta de Medicare. BCBSAZ Health Choice Pathway ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de modo que reciba los servicios de atención médica y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Una empresa privada es la encargada de gestionar BCBSAZ Health Choice Pathway. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare cuenta con aprobación de Medicare. El plan tiene, además, un contrato con el programa Medicaid de Arizona (AHCCCS) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica de Medicare, que incluye su cobertura de medicamentos de venta con receta.

Capítulo 1 Introducción como miembro

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

En este documento de *Evidencia de cobertura* se le indica cómo obtener su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de Medicare. Se explican sus derechos y responsabilidades, la cobertura, la parte que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o con un tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, además de los medicamentos de venta con receta disponibles para usted como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway.

Es importante que se informe sobre cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, tiene inquietudes o solo tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BCBSAZ Health Choice Pathway cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros acerca de los cambios o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “modificaciones”.

El contrato tiene vigencia durante los meses que esté inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway entre el 1.º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en otra área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar a BCBSAZ Health Choice Pathway *cada* año. Cada año, puede seguir con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted puede ser miembro de nuestro plan si se cumple lo siguiente:

- Está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- Y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3 a continuación se describe su área de servicio). No se considera que las personas en prisión vivan en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- Y -- es un ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- -- Y -- cumple los requisitos especiales de elegibilidad 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 AHCCCS (Medicaid). (Medicaid es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a personas de bajos ingresos y con recursos limitados a costear sus servicios médicos). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para recibir los beneficios de Medicare y los beneficios de AHCCCS (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero, razonablemente puede esperarse que la recupere en un plazo de 6 meses, seguirá siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1, se explica sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de consideración de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es AHCCCS (Medicaid)?

AHCCCS (Medicaid) es un programa mixto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia económica para gastos médicos y atención a largo plazo a determinadas personas de ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo dirigir su programa, siempre que sigan las pautas federales.

Además, existen planes ofrecidos a través del AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos).
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare Plus (SLMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de la Parte B.

Capítulo 1 Introducción como miembro

- **Miembros con Elegibilidad Doble con Beneficios Completos (FBDE):** (también conocido como no QMB Dual): es la persona que tiene derecho a Medicare y se determina que es elegible para los beneficios de AHCCCS (Medicaid) Acute o Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS), pero que no cumple con los criterios de ingresos para el programa QMB o el SLMB. AHCCCS (Medicaid) no cubre los costos de las primas de Medicare. El pago de AHCCCS del coseguro y el deducible de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare es limitado.

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan de BCBSAZ Health Choice Pathway
--------------------	---

BCBSAZ Health Choice Pathway está disponible solo para quienes vivan en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Los números de teléfono de AHCCCS (Medicaid) están en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento.

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

También es importante que llame al 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.

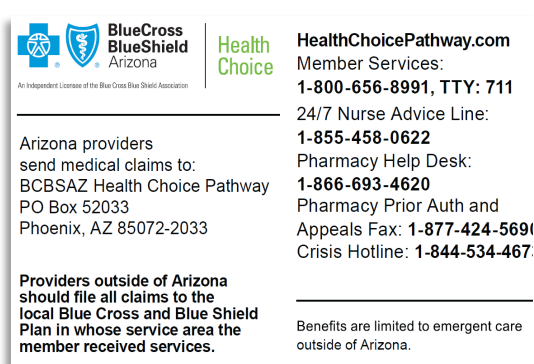
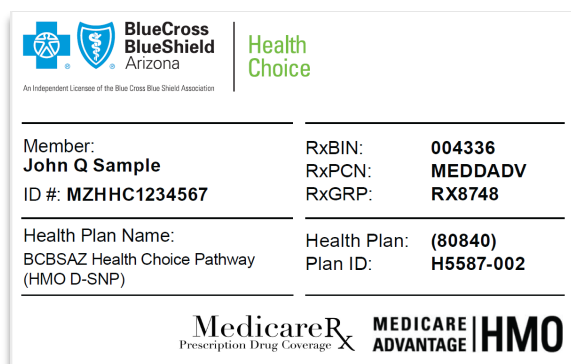
Sección 2.4	Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal
--------------------	---

Un miembro de un plan de Medicare debe ser un ciudadano de los EE. UU. o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) avisará a BCBSAZ Health Choice Pathway si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este aspecto. BCBSAZ Health Choice Pathway deberá darlo de baja si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante sobre la membresía que recibirá

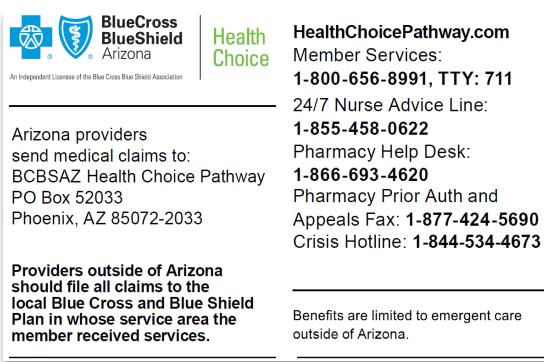
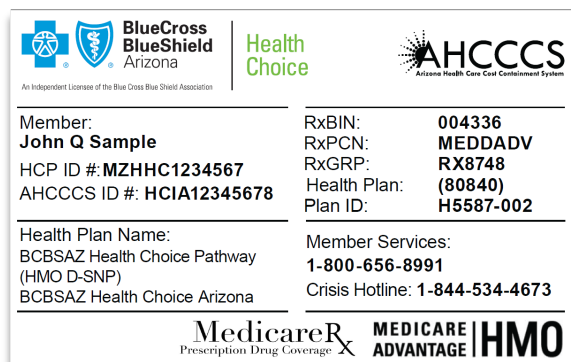
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos de venta con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe presentarle al proveedor su tarjeta de AHCCCS (Medicaid). A continuación, hay una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo lucirá la suya:



Si solo está inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway, tiene que usar su tarjeta de atención completa de AHCCCS (Medicaid) junto con su tarjeta de BCBSAZ Health Choice Pathway. Debe usar su tarjeta de membresía de BCBSAZ Health Choice Pathway cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos de venta con receta que obtenga en farmacias de la red.

En el caso de los miembros inscritos en BCBSAZ Health Choice Pathway, y inscritos en BCBSAZ Health Choice para su plan de atención completa de AHCCCS (Medicaid), aquí hay una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo lucirá la suya:



Capítulo 1 Introducción como miembro

Mientras sea un miembro de este plan NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de BCBSAZ Health Choice Pathway, probablemente tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Conserve la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o para participar en estudios de investigación clínica, también llamados “ensayos clínicos”, aprobados por Medicare.

Si pierde su tarjeta de membresía del plan o esta de daña o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2	Directorio de proveedores
--------------------	----------------------------------

El *directorio de proveedores* tiene una lista de nuestros proveedores de la red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y los costos compartidos del plan como pago total.

Debe usar los proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Si se atiende en otros lugares sin la autorización correcta, tendrá que pagar la totalidad de los servicios. Las únicas excepciones son emergencias, servicios urgentes cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en que no sea razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que BCBSAZ Health Choice Pathway autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Encontrará la lista de proveedores más reciente en nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.

Si no tiene su copia del *directorio de proveedores*, puede solicitar una al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 3.3	Directorio de farmacias
--------------------	--------------------------------

En el directorio de farmacias se incluyen las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir medicamentos de venta con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *directorio de farmacias*, puede obtener una copia solicitándola al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. En esta lista se indica qué medicamentos de venta con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BCBSAZ Health Choice Pathway. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de BCBSAZ Health Choice Pathway.

En la Lista de medicamentos también se indica si hay alguna norma que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.healthchoicepathway.com) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para BCBSAZ Health Choice Pathway

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima opcional de beneficio complementario (Sección 4.3)
- Recargo por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto ajustado mensualmente, relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. El programa Ayuda Adicional ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En el Capítulo 2, Sección 7 se proporciona más información sobre este programa. Si usted califica, inscribirse en el programa podría disminuir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas incluida en esta *Evidencia de cobertura* podría no aplicarse a usted**. Le enviamos un anexo por separado llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos de venta con receta” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional de LIS”.

Las primas de las Partes B y D de Medicare difieren para las personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2023*, la sección llamada “Costos de Medicare 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio

Capítulo 1 Introducción como miembro

web de Medicare en (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono 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, debe pagar una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de BCBSAZ Health Choice Pathway será de \$0 o \$42.60. Es posible que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les pide que paguen otras primas de Medicare.**

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explica en la Sección 2 anterior, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe seguir siendo elegible para AHCCCS (Medicaid) y estar inscrito en las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de BCBSAZ Health Choice Pathway, AHCCCS (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si AHCCCS (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, usted deberá pagarlas para seguir siendo un 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 Recargo por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted tiene doble elegibilidad, el recargo por inscripción tardía (LEP) no se aplica, siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad. Pero, si pierde ese estado, puede incurrir en el LEP. Algunos miembros deben pagar un **recargo por inscripción tardía** de la Parte D. El recargo por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial tuvo un período continuo de 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos de venta con receta. La cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente a la cobertura estándar para medicamentos de venta con receta de Medicare. El costo del recargo por inscripción tardía depende de cuánto tiempo usted pasó sin la cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos de venta con receta. Tendrá que pagar este recargo por el tiempo que tenga cobertura para la parte D.

El recargo por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Le informaremos el monto del recargo cuando se inscriba en BCBSAZ Health Choice Pathway por primera vez.

No tendrá que pagarlo en los siguientes casos:

- Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta.
- Si pasó menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Si tuvo cobertura acreditable para medicamentos de venta con receta a través de otra fuente, como empleador, sindicato, TRICARE o Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Se le puede enviar esta información en una carta o puede estar incluida en un boletín del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable para medicamentos de venta con receta que se espera que pague lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de venta con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes son coberturas *no* acreditables para medicamentos de venta con receta: tarjetas de descuento para medicamentos de venta con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto del recargo. Así funciona:

- Primero, se debe contar la cantidad de meses completos de retraso para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para inscribirse. O contar la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos de venta con receta si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. El recargo es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted se queda 14 meses sin cobertura, el recargo será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación de los años anteriores. Para 2023, el monto promedio de esta prima fue de \$32.74.
- Para calcular su recargo mensual, se multiplica el porcentaje del recargo y la prima mensual promedio y, luego, se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo sería 14 % multiplicado por \$32.74, lo que da un resultado de \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se añadiría **a la prima mensual en el caso de alguien con recargo por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tener en cuenta sobre este recargo mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **el recargo puede cambiar cada año**, debido a que la prima promedio mensual puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando un recargo** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare aunque cambie de plan.

Capítulo 1 Introducción como miembro

- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, el recargo por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de cumplir 65 años, el recargo por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial por envejecimiento en Medicare.

Si no está de acuerdo con el recargo por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha que figura en la primera carta que usted reciba y que indique que debe pagar un recargo por inscripción tardía. Sin embargo, si estuvo pagando un recargo antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de ese recargo por inscripción tardía.

Sección 4.4	Monto ajustado mensualmente, relacionado con los ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, que se conoce como “monto ajustado mensualmente, relacionado con los ingresos” de la Parte D, también conocido como “IRMAA”. El cargo adicional se determina mediante los ingresos brutos ajustados modificados que informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a un cierto monto, usted deberá pagar el monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta donde se indique cuál es ese monto adicional. Se retendrá el monto adicional del cheque de beneficio del Seguro Social, la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cuánto paga normalmente por la prima de su plan, a menos que el beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. Este no puede pagarse junto con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción del plan y perderá la cobertura para medicamentos de venta con receta.**

Si no está de acuerdo en pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar más sobre cómo hacer dicho trámite, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Hay varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan
--------------------	--

Hay dos maneras en las que puede pagar la prima de su plan.

Para cambiar la forma de pagar su prima, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 (TTY 711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar su prima con cheque. Podemos ayudarlo a programar sus pagos en un calendario mensual. El cheque deber emitirse a BCBSAZ Health Choice Pathway, no a CMS ni a HHS, y se debe enviar a la siguiente dirección: BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Member Services 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008.

Su cheque se debe recibir antes del día 10 del mes. Si tiene preguntas, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 (TTY 711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Opción 2: Hacer que la prima se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma de pagar su prima. Si decide cambiar la forma de pagar su prima, pueden pasar tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, debe asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 (TTY 711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

El pago de la prima de su plan tiene que llegar a nuestra oficina para el 10.º día del mes. Si no hemos recibido su pago para el 10.º día del mes, le enviaremos un aviso en el cual le informamos que la membresía de su plan finalizará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 30 días.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su prima, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para ver si podemos derivarlo a algún programa que lo ayude a pagar la prima de su plan.

Si cancelamos su membresía debido a que no pagó la prima de su plan, tendrá la cobertura de salud de Original Medicare. Mientras reciba Ayuda Adicional con sus gastos de medicamentos de venta con receta, continuará con su cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos de venta con receta para su cobertura de la Parte D.

Capítulo 1 Introducción como miembro

Si cree que hemos cancelado su membresía injustamente, puede presentar un reclamo (también llamado “queja”). Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar un reclamo. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y que causó que no pudiera pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En caso de reclamos, revisaremos nuestra decisión otra vez. En el Capítulo 9, Sección 11, de este documento, se indica cómo presentar un reclamo o puede llamarnos al **1-800-656-8991** entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar su solicitud no más tarde de 60 días después de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 5.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo diremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el día 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si es elegible para recibir el programa de Ayuda Adicional o si deja de ser elegible para recibir el programa de Ayuda Adicional durante el año. Si un miembro califica para recibir Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos de venta con receta, el programa de Ayuda Adicional pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año tendrá que empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6

Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluidos el profesional de atención primaria, el grupo médico y la asociación de médicos independientes (IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en otras coberturas de seguro médico que usted tenga (como las de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación laboral o AHCCCS [Medicaid]).
- Si tiene reclamaciones por responsabilidad, como reclamaciones por accidentes de automóvil.

Capítulo 1 Introducción como miembro

- Si lo internaron en un centro de cuidados.
- Si recibe atención fuera de su área o de un hospital o una sala de emergencia fuera de la red.
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia.
- 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 tiene intención de participar, pero le sugerimos que lo haga).

Si cualquier parte de esta información cambia, infórmenos al respecto llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**”.

Una vez por año, usted recibirá una carta en la que se menciona cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos de que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si la información es correcta, usted no debe hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Tal vez deba dar su número de identificación de miembro del plan a otros aseguradores (una vez que haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y en fecha.

Cuando tenga otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que decidirán si nuestro plan o su otro seguro pagará primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario” y solo paga si existen gastos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los gastos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas aplican a la cobertura del plan de salud de sindicato grupal y del empleador:

- Si tiene cobertura de retiro, Medicare pagará primero.

Capítulo 1 Introducción como miembro

- Si su cobertura de plan de salud se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, se determinará quién paga primero según la edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene un plan Medicare de acuerdo con su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ERT):
 - Si tiene menos de 65 años de edad y alguna discapacidad y usted o algún miembro de su familia están aún trabajando, el plan de salud de su grupo pagará primero en caso de que el empleador tenga 100 empleados o más, o que al menos un empleador en el plan de empleador múltiple tenga 100 o más empleados.
 - Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge aún están trabajando, el plan de salud de su grupo pagará primero en caso de que el empleador tenga 20 o más empleados o que al menos un empleador en el plan de empleador múltiple tenga 20 o más empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ERT, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses cuando cumpla con los requisitos para Medicare.

Estos tipos de cobertura usualmente pagan primero por los servicios relacionados a cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

AHCCCS (Medicaid) y TRICARE nunca pagarán primero por los servicios cubiertos de Medicare. Solo pagarán después de que los planes de salud grupal o Medicare hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de BCBSAZ Health Choice Pathway (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan.

Para obtener asistencia con reclamos, facturaciones o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de BCBSAZ Health Choice Pathway. Con gusto le ayudaremos.

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados). El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de intérprete gratuito para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados).
DIRECCIÓN	BCBSAZ Health Choice Pathway 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008 HCHComments@azblue.com
SITIO WEB	<u>www.healthchoicepathway.com</u>

Cómo puede contactarnos para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de venta con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura o las apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados).
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados).
FAX	1-480-760-4739 para atención médica 1-877-424-5690 para medicamentos de venta con receta de la Parte D
DIRECCIÓN	BCBSAZ Health Choice Pathway 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	<u>www.healthchoicepathway.com</u>

Cómo contactarnos para presentar un reclamo por su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o alguno de los proveedores o de las 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 por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos por atención médica o medicamentos de venta con receta de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados).
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados).
FAX	1-480-760-4739
DIRECCIÓN	BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Resolution Center 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que usted cree que debemos pagar, es posible que tenga que pedirnos el reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted nos envía una solicitud de pago y nosotros denegamos cualquier parte de esta, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Solicitud de pago: información de contacto
TELÉFONO	1-800-656-8991 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados). Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana, (excepto los feriados).
FAX	1-480-760-4708
DIRECCIÓN	BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Reimbursement Services 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	<u>www.healthchoicepathway.com</u>

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

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y pacientes con enfermedad 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”). Este organismo celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage como la nuestra.

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para los servicios de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y sus problemas actuales con Medicare. También brinda información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos de venta con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de qué gastos de bolsillo podrían ser distintos en los planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga sobre BCBSAZ Health Choice Pathway: • Informe a Medicare sobre su reclamo: puede presentar un reclamo sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no cuenta con una computadora, puede dirigirse a la biblioteca o el centro para personas de la tercera edad de su localidad para visitar este sitio web desde sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare y preguntar por la información que busca. Ellos buscarán la información 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 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud **(ayuda, información y respuestas gratuitas a sus** **consultas sobre Medicare)**

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el programa SHIP se denomina Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado de Arizona (SHIP de Arizona).

SHIP de Arizona es un programa estatal independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que obtiene dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores de Arizona SHIP pueden ayudarlo a comprender sus derechos a Medicare, a presentar quejas por la atención o el tratamiento médico que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP de Arizona también lo pueden ayudar con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare y a comprender las opciones de su plan Medicare y responder preguntas sobre cambio entre planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) que aparece en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - Opción n.º 1: puede **chatear en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**.
 - Opción n.º 2: puede seleccionar su **ESTADO** del menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado de Arizona (SHIP de Arizona): información de contacto
TELÉFONO	1-800-432-4040
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	DES Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson St (Site Code 950A) Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad

Hay una organización para el mejoramiento de la calidad designada al servicio de los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Arizona, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama “Livanta, LLC”.

Livanta, LLC. tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención de las personas con Medicare. Livanta, LLC. es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta, LLC. en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital está finalizando demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) está finalizando demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC (organización para el mejoramiento de la calidad de Arizona): información de contacto
TELÉFONO	1-877-588-1123 El horario de atención es de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, y de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., sábado, domingo y feriados.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	Livanta, LLC 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	<u>https://www.livantaqio.com/en/states/arizona</u>

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar el proceso de inscripción de Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes mayores de 65 años de edad, o personas con discapacidades o enfermedad renal en etapa terminal que cumplen ciertos requisitos son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que afiliarse a Medicare. Para solicitar Medicare, llame al Seguro Social o consulte en la oficina local de Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar qué personas tienen que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D debido a que estas personas tienen un ingreso mayor. Si recibe una carta del Seguro Social en la que se indica que debe de pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre dicha cantidad o si su ingreso es menor debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención 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 realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	<u>www.ssa.gov</u>

SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid)

AHCCCS (Medicaid) es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos.

Si tiene preguntas acerca de la asistencia que puede obtener de Medicaid, comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Método	Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS) (Programa de Medicaid en Arizona): información de contacto
TELÉFONO	1-855-HEA-PLUS 1-855-432-7587 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto feriados estatales.
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	<u>www.azahcccs.gov</u>

La Asistencia al Ciudadano del Programa del Defensor de Arizona ayuda a las personas inscritas en AHCCCS (Medicaid) con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Método	Asistencia al Ciudadano del Programa del Defensor de Arizona información de contacto
TELÉFONO	1-602-277-7292 Gratis fuera del condado de Maricopa: 1-800-872-2879
DIRECCIÓN	Arizona Ombudsman- Citizen's Aide 7878 N. 16th Street Suite 235 Phoenix, AZ 85020
SITIO WEB	<u>www.azoca.gov</u>

El Defensor de Atención a Largo Plazo de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Defensor de Atención a Largo Plazo de Arizona: información de contacto
TELÉFONO	1-602-542-6454 Area Agency on Aging, primera región, condado de Maricopa 1-602-264-2255 Northern Arizona Council on Aging, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500 Western Arizona Council on Aging, condados de Mohave, La Paz y Yuma, 1-928-217-7114 Pinal-Gila Council for Senior Citizens, condados de Pinal y Gila, 1-520-836-2758 Southeastern Arizona Governments Organization, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 1-520-432-2528 Navajo Area Agency on Aging, Nación Navajo, 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432 21 Tribal Nations, Inter-Tribal Council of Arizona, 1-602-254-4822 Horario de atención los días de semana, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los feriados estatales.
DIRECCIÓN	Office of the State Long Term Care Ombudsman Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson Ave, 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	<u>https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman</u>

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) se proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos de venta con receta. También hay otros programas que ofrecen ayuda para las personas con ingresos limitados. Estos programas se describen a continuación.

Programa Ayuda Adicional de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican para la ayuda adicional y ya la reciben de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de venta con receta.

Si tiene preguntas acerca de la ayuda adicional, llame a alguno de los siguientes números:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048** (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Oficina del Seguro Social, al **1-800-772-1213**, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
- Oficina de Medicaid en su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un monto incorrecto de costos compartidos cuando compra sus medicamentos de venta con receta en una farmacia, nuestro plan consta con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencias de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para que nos entregue esta evidencia.

- El beneficiario, así como el farmacéutico, abogado defensor, representante, familiar del beneficiario o cualquier otra persona que actúe en nombre de dicho beneficiario, podrá contactar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Se puede enviar por fax la documentación de evidencia al **1-480-760-4635**, Attn: Medicare Operations-Best Available Evidence, o por correo a: BCBSAZ Health Choice Pathway, Attn: Medicare Operations-Best Available Evidence, 410 N 44th Street, Suite 900, Phoenix AZ 85008.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando obtenga los siguientes medicamentos de venta con receta de la farmacia. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el monto de futuros copagos. Si la farmacia no ha recolectado un copago de usted y este está como una deuda suya, podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podríamos hacerle el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué pasa si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos contra el sida (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos contra el sida (ADAP)?**

El Programa de Ayuda de Medicamentos contra el sida (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a los medicamentos contra el VIH que les pueden salvar la vida. Los medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda para pagar el costo compartido de medicamentos de venta con receta a través del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud (ADHS) administra el ADAP. **Nota:** A fin de ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con determinados criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y el estado del VIH, bajos ingresos según lo define el estado y situación sin seguro o seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Servicios de Salud (ADHS) al **1-602-364-3610** o **1-800-334-1540**.

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

La Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios es un organismo federal independiente que administra los programas de beneficio integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, es importante que les haga saber si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, llame a la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios: información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona 0 puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, 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 obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	<u>rrb.gov/</u>

SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda de la Agencia Local de la Tercera Edad de Arizona

La Agencia Local de la Tercera Edad (AAA) de Arizona es una agencia pública o sin fines de lucro que ayuda a los residentes mayores de Arizona. El estado elige las AAA para planificar y coordinar los servicios a nivel local.

Las AAA brindan servicios basados en el hogar y la comunidad, defienden los derechos de los adultos mayores y ofrecen información sobre programas, opciones y apoyo comunitario.

Método	Agencia Local de la Tercera Edad de Arizona: información de contacto
TELÉFONO	1-602-264-2255 (condado de Maricopa) 1-520-836-2758 o 1-800-293-9393 (condados de Pinal y Gila) 1-877-521- 3500 (condados de Apache, Navajo y Coconino) 1-928-213-5215 área local de Flagstaff 1-928-782-1886 (condado de Mohave)
SITIO WEB	<u>https://des.az.gov/services/older-adults/area-agency-on-aging-locations</u>

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Información necesaria para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo se definen los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo usar su plan para conseguir atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios, equipos médicos, medicamentos de venta con receta y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre el tipo de atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan y cuál es la parte que usted debe pagar del costo cuando recibe esta atención, consulte la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que debe pagar*).

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

- **Proveedores:** son los médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red:** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten la factura directamente a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada o solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **Servicios cubiertos:** incluyen toda la atención médica, los servicios de salud, suministros, equipos y medicamentos de venta con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos por atención médica que le corresponden a usted se encuentran detallados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos de venta con receta se tratan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, BCBSAZ Health Choice Pathway debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los que cubre Original Medicare. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Generalmente, BCBSAZ Health Choice Pathway cubrirá su atención médica siempre que se cumpla con lo siguiente:

- **La atención que recibe esté incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considere necesaria desde el punto de vista médico.** “Necesario desde el punto de vista médico” se refiere a que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Su atención médica sea provista y supervisada por un profesional de atención primaria (PCP) de la red.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En algunas situaciones, nuestro plan debe dar su aprobación previa antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama una “remisión”. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios urgentes. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este punto, lea la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Significa que tendrá que pagarle al proveedor el costo total por los servicios proporcionados. *A continuación, le presentamos tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentes que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este servicio y para conocer el significado de atención médica de emergencia o de servicios urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que según disposiciones de Medicare debe estar cubierta por nuestro plan, pero no hay especialistas de nuestra red que proporcionen esta atención, podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red del mismo monto de costos compartidos que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos los servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Es posible que deba obtener autorización previa de BCBSAZ Health Choice Pathway. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis de riñón que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio se encuentre temporalmente no disponible o no pueda acceder a él. Los costos compartidos que usted paga al plan por el servicio de diálisis no deben superar los costos

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

compartidos de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene el servicio de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, los costos compartidos no deben superar los costos compartidos que paga en la red del plan. Sin embargo, si su proveedor dentro de la red habitual para el servicio de diálisis está temporalmente no disponible y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de parte de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis pueden ser más altos.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores en la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe escoger un profesional de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise la atención médica
--------------------	--

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Un profesional de atención primaria (PCP) es un profesional que cumple con los requisitos del estado de Arizona y está capacitado para brindarle atención médica básica. Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan que será su PCP. Como explicamos a continuación, su médico de atención primaria le ofrecerá atención de rutina o básica. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención de seguimiento

La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que su PCP deba dar la aprobación por anticipado. En algunos casos, su PCP también tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) nuestra.

Elección de su PCP

Su PCP lo atiende durante mucho tiempo, así que es importante que escoja a alguien con quien usted se sienta cómodo. Para seleccionar su profesional de atención primaria, puede buscar en el directorio de proveedores o visitar el sitio web de BCBSAZ Health Choice Pathway en www.healthchoicepathway.com y hacer clic en el vínculo “Find a Doctor/Pharmacy” (Buscar un médico/una farmacia), en la parte superior de la página. Cuando haya seleccionado un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros de BCBSAZ Health Choice Pathway y diga a qué proveedor eligió. Si no nos llama para informar el médico que eligió, BCBSAZ Health Choice Pathway le asignará un médico cuyo consultorio esté más cerca de su

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

casa. Si en algún momento desea cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros e indique a qué proveedor de la red de BCBSAZ Health Choice Pathway le gustaría consultar. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo.

Cambio de su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted tendría que encontrar un nuevo PCP. Si cambia de PCP, podría limitarse a una cantidad limitada de especialistas u hospitales específicos a los que lo remite el PCP.

Para cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo. Informe al Departamento de Servicios para Miembros si recibe otros servicios cubiertos que requieran de la aprobación de su PCP (como servicios de salud en el hogar y equipos médicos duraderos). El Departamento de Servicios para Miembros se asegurará de que usted pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que haya estado recibiendo cuando cambie de PCP. También confirmará si el PCP que usted solicitó acepta pacientes nuevos. El Departamento de Servicios para Miembros actualizará su registro de membresía con su nuevo PCP y le informará la fecha de vigencia del PCP nuevo. Por lo general, este cambio entra en vigencia inmediatamente después de la recepción de la solicitud.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

Puede obtener los siguientes beneficios sin obtener la aprobación anticipada de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia prestados por proveedores dentro o fuera de la red.
- Los servicios urgentes son servicios cubiertos que no son de emergencia, y se proporcionan cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no se puede acceder a ellos, o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y necesarios por razones médicas.
- Servicios de diálisis de riñón que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de cobertura de servicios del plan. (Si fuera posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de alejarse del área de servicio, para que podamos hacer los arreglos necesarios para que reciba diálisis de mantenimiento mientras esté lejos).

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Servicios cubiertos de atención de la visión y la audición de BCBSAZ Health Choice Pathway no suministrados por Original Medicare.
- Los servicios de especialistas médicos, excepto para manejo del dolor, no requieren aprobación previa.

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

Cuando su profesional de atención primaria (PCP) recomienda un tratamiento especializado, el servicio puede requerir una autorización previa. Ya no necesita una autorización previa ni una derivación para consultar a un especialista médico, excepto para manejo del dolor. Sin embargo, es importante trabajar con su PCP para determinar cuál es el especialista correcto al que debe consultar. Puede seleccionar un especialista de la red de BCBSAZ Health Choice Pathway. Para ver nuestro directorio de proveedores, visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.

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

- Oncólogos que atienden a pacientes con cáncer
- Cardiólogos que atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Traumatólogos que atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares

Es posible que necesite aprobación (llamada “decisión de cobertura favorable”) por adelantado por parte de BCBSAZ Health Choice Pathway si el especialista que eligió no está en la red del plan o si su especialista solicita un procedimiento médico. Esto se llama “autorización previa”. Si no tiene una autorización previa antes de consultar a un especialista fuera de la red, es probable que usted deba pagar estos servicios. Su proveedor dispondrá que se presente una solicitud de autorización previa ante nuestro plan para su revisión y aprobación.

La revisión de esta solicitud puede llevar algunos días hábiles. El consultorio de su PCP o el proveedor le informarán si se aprobó su solicitud de autorización previa. Si la solicitud de su médico se rechaza, nuestro plan se lo informará por correo y le daremos a conocer sus derechos de apelación.

Consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4, Sección 2.1, para ver los artículos que requieren autorización previa.

El Capítulo 9 (Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si cambia de PCP, podría limitarse a una cantidad limitada de especialistas u hospitales específicos a los que lo remite el PCP.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y a especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación para informarle que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe a cargo de sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo, y nosotros le ayudaremos a garantizar que esto no suceda.
- Si en nuestra red no hay un especialista para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con los costos compartidos dentro de la red. Se requerirá autorización previa.
- Si se entera de que su médico o su especialista abandonarán su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor que administre su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no está recibiendo la atención médica como es debido, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención médica ante la organización para el mejoramiento de la calidad (QIO), una queja por la calidad de la atención médica ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Usted debe recibir su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan).

A continuación, le presentamos tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este servicio y para conocer el significado de atención médica de emergencia o de atención urgentemente necesaria, lea la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que, según disposiciones de Medicare o de AHCCCS (Medicaid), debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

pueden proveer esta atención, podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red, con una autorización previa. La autorización (llamada una decisión de cobertura) se requiere para los proveedores fuera de la red; se requiere que usted o su proveedor obtengan esta autorización antes de que se realicen los servicios. En esta situación, cubriremos los servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Consulte el Capítulo 9 (Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]) que tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.

- Servicios de diálisis de riñón que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de cobertura de servicios del plan.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica
--

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si se le presenta una?

Una **emergencia médica** es una situación en la que usted, o cualquier persona prudente no especializada que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, sospecha que tiene síntomas que requieren de atención médica inmediata para evitar perder su vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o de sus funciones, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión grave, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Pida ayuda al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* necesita obtener primero la aprobación o derivación de su PCP. No es necesario que consulte a un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Asegúrese de que se informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en el plazo de las 48 horas. La información de contacto de BCBSAZ Health Choice Pathway se encuentra en la contratapa de este cuadernillo y también en el dorso de la tarjeta de membresía en el plan.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. No tiene cobertura fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.

Los médicos que le proveen atención de emergencia decidirán cuando su estado sea estable y la emergencia médica haya concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a realizar visitas de seguimiento para verificar que su estado continúe siendo estable. Los médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y se planifique una atención adicional. Las visitas de seguimiento están cubiertas por nuestro plan. Si usted recibe atención de emergencia de proveedores fuera 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 sucede si no se trató de una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar si usted sufre una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una emergencia, creyendo que su salud corre serio peligro, y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que usted no sufrió una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud corría serio peligro, cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que usted *no* sufrió una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional de alguna de las siguientes dos maneras:

- Usted recibe la atención adicional de un proveedor de la red.
- --O-- la atención adicional que usted recibe se considera servicios urgentes y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando usted tiene una necesidad de servicios urgentes
--------------------	---

¿Qué son los servicios urgentes?

Un servicio urgente es una situación que no es de emergencia en la que se necesita atención médica inmediata, pero, debido a sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios urgentes proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentes son i) un dolor de garganta intenso que aparece durante el fin de semana o ii) el recrudecimiento imprevisto de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no se puede acceder a ellos, se puede acceder a la atención de urgencia mediante cualquier centro de atención de urgencias disponible. Revise su directorio de proveedores para obtener una lista de los centros de atención de urgencias de la red. También puede hacer clic en “Find a Doctor” (Buscar un médico) en nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Debería tratar siempre de obtener servicios urgentes de proveedores de la red. No obstante, si los proveedores no están temporalmente disponibles o no tiene acceso a ellos, y no resulta razonable esperar a obtener atención de su proveedor de la red para cuando la red se vuelva disponible, nosotros cubriremos los servicios urgentes que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

También puede llamar a la línea de asesoría de enfermeros al **1-855-458-0622**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, servicios urgentes ni otros servicios de atención médica fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe
--

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite el siguiente sitio web: www.healthchoicepathway.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, puede adquirir sus medicamentos de venta con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos
--------------------	---

Si pagó más costos compartidos que los correspondientes al plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?
--------------------	--

BCBSAZ Health Choice Pathway cubre todos los servicios médicos que sean necesarios por razones médicas, que estén incluidos en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este cuadernillo) y que se obtengan de conformidad con las normas del plan. Usted es responsable del pago total de servicios no cubiertos por nuestro plan, ya sea porque son servicios no cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red de manera no autorizada. Antes de pagar el costo de los servicios, debe verificar si AHCCCS (Medicaid) cubre el servicio.

Si desea consultar si nosotros pagaremos un servicio o atención médica que usted está considerando, usted tiene derecho a consultarnos si cubriremos el servicio antes de recibirlo. También tiene derecho de consultar esto por escrito. Si le informamos que estos servicios no están cubiertos, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para dicho tipo de servicio cubierto. El monto que paga por los costos una vez que se ha alcanzado un límite de beneficios no contará para el máximo de gasto de bolsillo. Por ejemplo, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención en un centro de enfermería especializada que usted reciba después de que el pago de nuestro plan alcance el límite de beneficios. Una vez que ha agotado su límite de beneficios, los pagos adicionales que haga por el servicio no cuentan para su máximo anual de gasto de bolsillo. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros cuando desee saber la cantidad del límite de beneficios que ya ha usado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “estudio clínico”) es el medio por el que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Medicare aprueba determinados estudios de investigación clínica. Generalmente, en los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare se requiere que los voluntarios participen en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, y usted haya expresado su interés, una de las personas que trabajan en el estudio se comunicará para brindarle más información sobre el estudio y verificar que usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio y entienda completamente y acepte las condiciones si participa en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos por los servicios que usted recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo debe pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si paga más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Original Medicare, reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para demostrarnos cuánto dinero pagó. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir suscrito a nuestro plan y recibir 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 algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

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

Si usted participa en un estudio que Medicare o nuestro plan *no* han aprobado, *usted deberá pagar todos los gastos por su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿cómo se distribuyen los pagos?
--

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que usted recibe como parte del estudio, incluyendo lo siguiente:

- La habitación y las comidas por internaciones en hospital que Medicare pagaría aún si no se encontrara participando en un estudio

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- 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 los costos compartidos de Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, usted debe presentar documentación que demuestre qué monto de costos compartidos pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pagos.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que le hacen una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos para esta prueba es \$20 dentro de Medicare Original, pero la prueba sería \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría un copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, deberá informar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación, como una factura del proveedor al plan. El plan le pagará \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de \$10; el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare hubiera cubierto el artículo o servicio aún si usted *no* se encontrara participando en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para reunir datos y no aplicados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no pagaría las TC mensuales realizadas como parte del estudio si su afección requiriera normalmente una sola TC.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica al visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (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 la obtención de atención en un establecimiento de atención de salud religioso no médico

Sección 6.1 ¿Qué es un establecimiento de atención de salud religioso no médico?
--

Un establecimiento de atención de salud religioso no médico es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en una enfermería especializada. Si el recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos a cambio cobertura para atención en un establecimiento de atención de salud religioso no médico. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de un establecimiento de atención de salud religioso no médico
--

Para recibir atención en un establecimiento de atención de salud religioso no médico, usted deberá firmar un documento legal en el que declare que usted 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, del estado o locales.
- Tratamientos médicos “exceptuados” se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o que es *requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que usted recibe de un establecimiento de atención de salud religioso no médico debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que provee la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos de atención *no religiosos*.
- Si usted recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención de hospitalización o centro de enfermería especializada.
 - --Y-- debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar en el centro o su hospitalización no será cubierta.

También se aplican límites a la cobertura por hospitalización de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, “Atención hospitalaria”.

SECCIÓN 7 Normas para posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será dueño de su propio equipo médico duradero después de efectuar una determinada cantidad de pagos en nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME) incluye ciertos artículos, como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro posee siempre ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, hablamos de otros tipos de DME que deben alquilarse.

En Original Medicare, la gente que alquila ciertos tipos de DME termina siendo dueña del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway, por lo general, no obtendrá la posesión de artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haya efectuado por el artículo mientras es miembro de nuestro plan, aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos del artículo DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del artículo de DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Qué ocurre con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la posesión del artículo de DME mientras está en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos hechos mientras se inscribía en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos para el artículo estando en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos en nuestro plan antes de ser dueño del artículo.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos para el artículo estando en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Estaba inscrito en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión del artículo mientras estuvo inscrito en nuestro plan. Luego, vuelve a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser dueño del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea en nuestro plan o en Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, sus suministros y mantenimiento**¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho a recibir?**

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, BCBSAZ Health Choice Pathway cubrirá:

- El alquiler del equipo de oxígeno
- La provisión de oxígeno y el contenido del oxígeno
- Los tubos de oxígeno y sus accesorios relacionados para la provisión de oxígeno y el contenido del oxígeno
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona BCBSAZ Health Choice Pathway o ya no requiere equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno se debe devolver.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir permanecer con la misma empresa o irse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años comienza otra vez, aunque usted permanezca con la misma empresa, lo que requiere que haga los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Comprensión de sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

En este capítulo, aparece una Tabla de beneficios médicos que proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le indica la cantidad que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También incluye información sobre las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

A fin de comprender la información de pago presente en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que puede que pague por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2 encontrará más información sobre el deducible de su plan). (En la Sección 1.3 encontrará más información sobre los deducibles de determinadas categorías de servicios).
- Un **copago** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe servicios médicos determinados. Debe pagar un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2, se proporciona más información acerca de sus copagos).
- **Coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2, se proporciona más información acerca de su coseguro).

Sección 1.2 ¿Qué es el deducible de su plan?

Su deducible es de \$0 o de \$226. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, empezará a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y pagará su parte (el monto de su copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios aunque usted todavía no haya pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Atención hospitalaria aguda para pacientes internados
- Atención psiquiátrica hospitalaria para pacientes internados
- Beneficios de acondicionamiento físico (complementarios)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

- Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (complementarios)
- Centro de enfermería especializada (SNF)
- Exámenes auditivos de rutina, ajuste de audífonos, audífonos (complementarios)
- Exámenes oculares de rutina, anteojos (complementarios)
- Exámenes dentales, de la vista y la audición (complementarios) con Flex Card
- Exámenes físicos de rutina anuales (complementarios)
- Medicamentos de venta libre (complementarios)
- Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios del programa de tratamiento con opioides
- Servicios de atención preventiva
 - Asesoramiento para el examen de detección de cáncer de pulmón y examen anual de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja
 - Capacitación para el autocontrol de la diabetes
 - ECG después de la visita de bienvenida
 - Ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal
 - Enemas de bario
 - Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría del comportamiento de alta intensidad para prevenir las ETS
 - Examen de cáncer colorrectal
 - Examen de detección de cáncer de cuello uterino con análisis de virus del papiloma humano (VPH)
 - Examen de detección de cáncer de próstata
 - Examen de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Examen físico de prevención inicial (IPPE)
 - Examen para detectar el virus de la hepatitis B
 - Examen para detectar el virus de la hepatitis C
 - Examen para detectar glaucoma
 - Examen rectal digital
 - Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares
 - Exámenes de detección de la depresión
 - Exámenes de detección y orientación por uso indebido del alcohol
 - Exámenes pélvicos de control (incluye un examen clínico de los senos)
 - Mamografía de control
 - Mediciones de la masa ósea (densidad ósea)
 - Orientación para evitar el consumo de tabaco
 - Papanicolaou de control
 - Pruebas de diabetes
 - Servicios preventivos prolongados
 - Terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares
 - Terapia conductual intensiva para la obesidad
 - Terapia médica de nutrición
 - Vacuna contra el neumococo y su administración
 - Vacuna contra el virus de la hepatitis B y su administración
 - Vacuna contra el virus de la influenza y su administración
 - Vacuna contra la COVID-19 y su administración
 - Visita anual de bienestar

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

- Servicios de comidas (complementarios)
- Servicios de salud domiciliaria
- Servicios de telesalud adicionales (complementarios)
- Servicios de telesupervisión (complementarios)
- Servicios de terapia de ejercicios supervisada (SET) para enfermedades vasculares periféricas
- Servicios de transporte (complementarios)
- Servicios dentales preventivos, integrales (complementarios)
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios urgentes
- Visita a la sala de emergencias (cargos de médicos)

Si es elegible para recibir la ayuda con los costos compartidos de Medicare en Medicaid, no debe pagar ningún deducible.

Sección 1.3	Nuestro plan tiene un deducible por separado para ciertos tipos de servicios
--------------------	---

El plan tiene un monto de deducible para ciertos servicios. Consulte a continuación. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de (consulte a continuación). Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte. Esto significa que, una vez que usted alcance el deducible de (consulte a continuación), empezaremos a pagar nuestra parte de los costos de sus servicios cubiertos, (consulte a continuación). En la Tabla de beneficios de la Sección 2, se muestran los deducibles por categoría de servicios.

El plan tiene un monto de deducible para los siguientes tipos de servicios:

- Nuestro monto del deducible para atención hospitalaria es de \$0 o \$1,600, del día 1 al 60, según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de la atención hospitalaria. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario.
- Nuestro monto del deducible para atención de salud mental para pacientes hospitalizados es de \$0 o \$1,600 del día 1 al 60, según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de la atención hospitalaria. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario.

Si es elegible para recibir la ayuda con los costos compartidos de Medicare en Medicaid, no debe pagar ningún deducible.

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?

Nota: Como nuestros miembros también reciben ayuda de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de gasto de bolsillo. Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no será responsable de pagar gastos de bolsillo del monto máximo de gasto de bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

Dado que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad que debe pagar como gasto de bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Ese límite se denomina “monto máximo de gasto de bolsillo” (MOOP) por los servicios médicos. Para el año calendario 2023 este monto es de \$7,550.

Los montos que paga por los deducibles, copagos y el coseguro que abona por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gasto de bolsillo. Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D no cuentan para su monto máximo de gasto de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de gasto de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de gasto de bolsillo de \$7,550, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS [Medicaid] u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo a usted

Como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway, una protección importante para usted es que, después de que alcance los deducibles, solo tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no deben aumentar los cargos adicionales por separado, denominados “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aunque paguemos al proveedor menos que los cargos del proveedor por un servicio y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Así es cómo funciona esta protección.

- Si sus costos compartidos son un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), luego, usted paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca debe pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde: El plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene una remisión, para emergencias o servicios urgentes).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde: El plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene una remisión, para emergencias o servicios urgentes).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

No permitimos que los proveedores le facturen servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así, aunque paguemos al proveedor un costo menor que los cargos del proveedor por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué servicios están cubiertos y cuánto pagará por estos

Sección 2.1	Beneficios médicos y costos que posee como miembro del plan
--------------------	--

La tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas enumera los servicios que cubre BCBSAZ Health Choice Pathway y el monto que usted debe pagar como gasto de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que recibe cubiertos por Medicare deben prestarse según las normas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de venta con receta de la Parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” se refiere a que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea una atención urgente o de emergencias o, a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado autorización. Significa que tendrá que pagarle al proveedor el costo total por los servicios proporcionados.
- Su atención médica es provista y supervisada por un profesional de atención primaria (un PCP). En algunas situaciones, su PCP debe darle una aprobación anticipada antes de que pueda atenderse con otros proveedores en la red del plan. Esto se llama una “remisión”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

- Algunos servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos son cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación anticipada (a veces denominada “autorización previa”) de parte nuestra. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación anticipada se marcan en la Tabla de beneficios médicos con la frase “Se puede requerir autorización previa”.
- También podemos cobrarle cargos administrativos por ausencias en las citas o por no pagar sus costos compartidos requeridos en el momento del servicio. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.

Otros puntos importantes sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos de venta con receta. AHCCCS (Medicaid) cubre los costos compartidos de los servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también cubre los servicios que Medicare no cubre, como los servicios de atención en el hogar y en la comunidad, servicios de interpretación para visitas médicas y servicios de atención a largo plazo.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2023*. 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**).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno por Original Medicare, nosotros también los ofrecemos sin costo. Sin embargo, si además es tratado o controlado por una afección médica preexistente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura por cualquier servicio nuevo durante el año 2023, ni Medicare ni nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 6 meses que tiene nuestro plan en concepto de elegibilidad continuada, nosotros seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período no seguiremos cubriendo los beneficios de AHCCCS (Medicaid) que están incluidos en el plan estatal de AHCCCS (Medicaid), ni pagaremos los costos compartidos de Medicare por los cuales el estado tendría responsabilidad en alguna otra forma. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare en AHCCCS (Medicaid), usted no pagará nada por los servicios que se mencionan en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) aprobado por Medicare proporcionará estos beneficios y/o copagos o coseguro como parte del programa de Diseño de Seguros Basados en el Valor. Este programa permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.

Información importante sobre beneficios para todos los inscritos participantes en los servicios de planificación de bienestar y atención médica (WHP)

- Debido a que BCBSAZ Health Choice Pathway participa en la reducción de costos compartidos de radiografías, usted será elegible para los siguientes servicios de planificación de bienestar y atención médica (WHP), incluidos los servicios de planificación de atención anticipada (ACP):
 - ¿Qué son los servicios de ACP? 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 decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si usted lo desea, puede hacer lo siguiente:
 - 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 acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
 - Puede obtener ayuda para planificación de atención anticipada. Para hacerlo, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada de este cuadernillo).
- Si recibe ayuda adicional para pagar los costos del programa de medicamentos de venta con receta de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y coseguro, es posible que usted sea elegible para otros beneficios complementarios dirigidos y/o una reducción de costos compartidos dirigidos.
- Miembros que califican para la eliminación de sus costos compartidos para medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles.

Información importante sobre beneficios para inscritos que califican para recibir Ayuda Adicional.

- Si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos del programa de medicamentos de venta con receta de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y coseguro, es posible que usted sea elegible para otros beneficios complementarios dirigidos y/o una reducción de costos compartidos dirigidos.
- Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y se cumplen ciertos criterios, es posible que usted sea elegible para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

- Anemia aplásica
- Arritmias cardíacas
- Artritis reumatoide
- Asma
- Bronquitis crónica
- Cáncer
- Complicaciones de prediabetes o diabetes
- Demencia
- Dependencia crónica del alcohol y otros medicamentos
- Diabetes
- Enfermedad arterial coronaria
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad hepática en fase terminal
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)
- Enfermedad vascular periférica
- Enfisema
- Epilepsia
- Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
- Esclerosis múltiple
- Esquizofrenia
- Fibrosis pulmonar
- Hemofilia
- Hipertensión
- Hipertensión pulmonar
- Hospitalización reciente debido a diabetes o a una afección que empeoró por prediabetes o diabetes
- Hospitalización reciente por enfermedad mental
- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Obesidad
- Parálisis generalizada (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
- Poliarteritis nudosa
- Polimialgia reumática
- Polimiositis
- Polineuropatía
- Púrpura trombocitopénica inmunitaria
- Secuelas posagudas de infección por el virus SARS-CoV-2 (PASC)/COVID persistente
- Síndrome mielodisplásico
- Trastorno paranoide
- Trastorno tromboembólico venoso crónico
- Trastornos bipolares
- Trastornos depresivos graves

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

- Trastornos esquizoafectivos
 - VIH/sida
- Los servicios se basarán en la necesidad de la persona y/o un plan de atención desarrollado con el miembro o con el proveedor.
 - Su proveedor puede solicitar estos servicios para usted.
 - El Departamento de Administración de Atención puede evaluarlo y ofrecer estos servicios basándose en sus necesidades.
- Consulte la columna “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” de la siguiente Tabla de beneficios médicos para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios usted puede ser elegible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Usted verá la figura de esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión por parte de su médico, el asistente de su médico, una enfermera profesional o una enfermera clínica especializada.	No se paga coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la zona lumbar Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Cobertura de hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor crónico en la zona lumbar se define como: • dolor que dura 12 semanas o más; • no específico, en que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado a una cirugía; y • no asociado a embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no se mejora o evoluciona desfavorablemente. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros especializados (NP), los enfermeros clínicos especializados (CNS) (según se identifican en 1861(aa) (5) de la Ley), y personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la zona lumbar (continuación) • un diploma de maestría o de doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de un centro educativo acreditado por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad de Naciones (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe ser supervisado adecuadamente por un médico, un PA o un NP/CNS según lo exigen nuestras regulaciones en el título 42, partes 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR).	
Servicios de ambulancia • Entre los servicios de ambulancia cubiertos se incluyen los de ala fija, ala rotatoria y terrestre hasta el establecimiento adecuado más cercano que pueda proporcionar atención solo si prestan servicios a un miembro cuyo estado de salud sea tal que otros medios de transporte puedan poner en peligro la salud de la persona, o si es autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia es apropiado si se documenta que el estado de salud del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Los costos compartidos se aplican para los viajes de ida. Se puede requerir autorización previa para traslado que no sea de emergencia.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Visita anual de bienestar Si usted ha estado en la Parte B durante más de 12 meses, puede recibir una visita de bienestar anual para mejorar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su situación actual de salud y los factores de riesgo. Esta tiene cobertura una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en el plazo de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita tener una visita de Bienvenida a Medicare para estar cubierto por las visitas de bienestar anuales una vez que ha estado en la Parte B durante 12 meses.	No se paga coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.
Exámenes físicos de rutina anuales (complementarios)* El examen físico de rutina anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recolección de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen del corazón y los pulmones, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare es adicional a la visita anual de bienestar cubierta por Medicare y a la visita preventiva Bienvenida a Medicare. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez cada año calendario. Las pruebas de laboratorio preventivas, de detección y/o de diagnóstico recibidas durante esta visita están sujetas a su cobertura de pruebas de laboratorio y pruebas de diagnóstico. Consulte la sección “Exámenes de diagnóstico ambulatorio y servicios terapéuticos y suministros” para obtener más información.	No se paga coseguro ni copago.
 Medición de la masa ósea Para personas calificadas (por lo general, son personas con riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia de ser médicamente necesario: procedimientos para determinar la masa ósea, detectar la pérdida de hueso o determinar la calidad del hueso, además de la interpretación de resultados por parte de un médico.	No se paga coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Control de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Un examen de referencia entre los 35 y 39 años • Un examen de detección cada 12 meses, para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de senos cada 24 meses	No se paga coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para miembros que cumplen con determinados requisitos y con indicación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
 Visita para la reducción de los riesgos de las enfermedades cardiovasculares (terapia de enfermedad cardiovascular) El plan cubrirá una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede indicarle la toma de aspirinas (si corresponde), revisar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que tenga una dieta saludable.	No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular y terapia conductual intensiva.
 Examen de detección de enfermedad cardiovascular Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se paga coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de enfermedad cardiovascular cubiertas una vez cada 5 años.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de desarrollar cáncer vaginal o del cuello uterino o está en edad fértil y los resultados del Papanicolaou fueron anormales en los últimos 3 años: un Papanicolaou cada 12 meses.	No se paga coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Es posible que requiera autorización previa y derivación.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (o detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Detección por colonoscopia (o detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el plazo de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección	No se paga coseguro, copago ni deducible por el examen de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. No se paga coseguro, copago ni deducible por enemas de bario cubiertas por Medicare.
Servicios dentales Generalmente, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 % por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales de rutina adicionales: (complementarios)* El límite de cobertura del plan es de \$4,000 por año calendario para todos los servicios odontológicos combinados. Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios dentales complementarios (es decir, de rutina): Los servicios preventivos* incluyen: • Un tratamiento con flúor cada año • Dos exámenes orales cada año • Dos profilaxis (limpiezas) cada año, una vez cada 6 meses • Dos radiografías dentales cada año, que consisten en: ○ Una de las radiografías de aleta de mordida o radiografía simple, o ○ una radiografía completa de la boca (FMX) o radiografía panorámica. La radiografía completa/panorámica solo se permite una vez cada 36 meses. Los servicios integrales* incluyen: • Servicios que no sean de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Servicios de endodoncia • Servicios de periodoncia • Servicios de extracciones • Prótesis dentales ○ Cubertura una vez cada cinco años ○ Ajustes, hasta cuatro por año Sin cobertura: • Prostodoncia (incluida restauración facial y dental, que incluye procedimientos estéticos, implantes dentales, puentes y procedimientos restaurativos temporomandibulares)	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales de rutina adicionales: (complementarios)* (continuación) Antes de obtener los servicios, se les informa a los miembros que hablen de sus opciones de tratamiento con un proveedor participante en servicios dentales de rutina. El tratamiento debe comenzar y finalizar mientras esté cubierto por el plan durante el año del plan. El miembro debe pagar el costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan. Nota: Los servicios dentales complementarios (es decir, no cubiertos por Medicare) se deben recibir de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Nota: La cobertura de los servicios dentales de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni AHCCCS (Medicaid) pagarán su parte del costo por estos servicios. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo, obtener una lista detallada de procedimientos cubiertos, o para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.	
<u>Tarjeta Flexible para servicios dentales, de la vista y la audición (complementarios)*</u> Nuestro plan ofrece una tarjeta Visa® flex prepaga con un límite anual combinado de \$1,000 para reducir los gastos de bolsillo por servicios dentales, de la vista y la audición. El dinero de su beneficio se puede gastar entre servicios dentales, de la vista y la audición, como considere adecuado. Cualquier dinero no usado de su beneficio vencerá al final del año. Este beneficio no reemplaza a sus beneficios dentales, de la vista o la audición y está diseñado para compensar ciertos gastos. A fin de ser elegible para recibir los beneficios anteriores, usted debe cumplir lo siguiente: • Agotar cualquiera de sus beneficios complementarios (p. ej., dentales, de la vista y la audición complementarios). Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, de su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer las limitaciones y los montos máximos de beneficios dentales, de la vista y la audición.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<u>Servicios dentales, de la vista y la audición (complementarios)* (continuación)</u> Después de esto, la tarjeta Flex Card se cargará con fondos. Nota: Los servicios dentales, de la vista y la audición complementarios (es decir, no cubiertos por Medicare) se deben recibir de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Nota: Si se determina que usted es elegible para beneficios dentales, de la vista y la audición, no recibirá una tarjeta Visa® prepaga adicional por correo. El dinero de los beneficios dentales, de la vista y la audición se agregará automáticamente a su tarjeta de débito Visa® prepaga que recibió como parte del programa de Flex Card. Nota: La tarjeta Visa® prepaga es de marca compartida con OTC Network®. Esta tarjeta no se puede usar ni asociar a su beneficio de venta libre (OTC). Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, de su EOC para obtener información sobre su beneficio de venta libre (OTC) y proveedores. Si cree que cumple con los criterios y no ha recibido una tarjeta Visa® Flex Card prepaga o quiere obtener más información sobre este beneficio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web en <u>www.healthchoicepathway.com</u>. Este beneficio es para su uso exclusivo, no se debe vender ni transferir, tampoco tiene valor en efectivo.	
 Exámenes de detección de la depresión Cubrimos un examen de depresión una vez al año. El examen de detección se debe realizar en un centro de atención primaria en el que se puede dar un tratamiento de seguimiento y/o hacer remisiones.	No se paga coseguro, copago ni deducible por la visita anual de examen de depresión.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de la diabetes Cubrimos este examen (incluye las pruebas de glucosa) si presenta algunos de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial anormal en los niveles de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o un historial de azúcar elevada en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple otros requisitos, como sobrepeso o tener familia con historial de diabetes. Basado en los resultados de estas pruebas, puede ser elegido para hasta dos exámenes de diabetes cada 12 meses.	No se paga coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar el nivel de glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para glucosa en la sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, además de soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para pacientes diabéticos con pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida por año calendario (incluidos suplementos con tales zapatos) y dos pares de suplementos adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de suplementos (no se incluyen los suplementos no hechos a la medida removibles que se proporcionan con esos zapatos). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones.	No se paga coseguro, copago ni deducible por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 % por los servicios y suministros para diabéticos cubiertos por Medicare, incluidos zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa para las bombas de insulina.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME necesarios por razones médicas cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor de su área no cuenta con una marca o fabricante particular, podrá solicitar al proveedor una orden especial para usted. Generalmente, BCBSAZ Health Choice Pathway cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en BCBSAZ Health Choice Pathway y usa una marca de DME que no está incluida en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si está en desacuerdo con el médico, puede pedirle que lo derive para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor respecto del producto o la marca que considera apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]</i>).	El monto de sus costos compartidos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un copago de \$0 o un coseguro de 20 % cada mes. El monto de sus costos compartidos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en BCBSAZ Health Choice Pathway ha realizado el pago de 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, el monto de sus costos compartidos en BCBSAZ Health Choice Pathway es un copago de \$0 o un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia Atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con los siguientes criterios: • Son ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar un cuadro médico de emergencia. Una emergencia médica es una situación en la que usted, o cualquier persona prudente no especializada que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, sospecha que tiene síntomas que requieren de atención médica inmediata para evitar perder su vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o de sus funciones. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión grave, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que se proveen fuera de la red es el mismo que para dichos servicios provistos dentro de la red. Disponible solo en los EE. UU. Medicare cubre servicios de emergencia en otros países solamente en circunstancias excepcionales.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 % del costo, hasta \$95, por las consultas de emergencia cubiertas por Medicare. Si ingresa en el hospital dentro de un período de 3 días por la misma enfermedad, usted paga \$0 por la consulta de emergencia. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta o debe recibir su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan. De esta manera, su costo es el monto compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programa de acondicionamiento físico (complementario)* Programa de ejercicios y para un envejecimiento saludable Silver&Fit®. Los miembros tienen las siguientes opciones disponibles sin cargo. Planes de entrenamiento: al responder algunas preguntas, recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que incluye instrucciones sobre cómo empezar y videos recomendados sobre entrenamiento en formato digital. Entrenamiento en formato digital: puede ver videos a pedido mediante la biblioteca de entrenamiento. Membresía en un centro de acondicionamiento físico: puede visitar los centros de acondicionamiento físico participantes cercanos que participan en el programa. Kits de acondicionamiento físico en el hogar: usted es elegible para recibir un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios. Club de bienestar: al establecer sus preferencias respecto de temas de bienestar en el sitio web, verá recursos adaptados a sus intereses y objetivos de hábitos saludables, como artículos, videos, clases transmitidas en vivo y clubes sociales. Consejos para una vida saludable: puede participar en sesiones por teléfono con un consejero capacitado en las que puede hablar de ciertos temas, como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud del cerebro. Las herramientas lo ayudarán a hacer un seguimiento de sus actividades.	No se paga coseguro ni copago por el acondicionamiento físico, la capacidad de la memoria y el seguimiento de actividades.
Servicios para la audición Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Para evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico cubiertas por Original Medicare, usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de audición de rutina adicionales (complementarios)* Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de audición complementarios (es decir, de rutina): • Un examen de audición de rutina cada año • Un ajuste de audífono y una evaluación auditiva cada año • Un máximo de \$2,500 por año, combinación de ambos oídos, para la compra de audífonos ○ Por ejemplo: ▪ \$1,250 para un oído y \$1,250 para el otro oído ▪ \$1,500 para un oído y \$1,000 para el otro oído ▪ \$2,000 para un oído y \$500 para el otro oído ▪ \$2,500 para un oído y \$0 para el otro oído Nota: Los servicios de audición complementarios (es decir, no cubiertos por Medicare) se deben recibir de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Nota: La cobertura de los servicios de audición de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni AHCCCS (Medicaid) pagarán su parte del costo por estos servicios. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo, obtener una lista detallada de procedimientos cubiertos, o para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Ayuda con ciertas afecciones crónicas • Anemia aplásica • Arritmias cardíacas • Artritis reumatoide • Asma • Bronquitis crónica • Cáncer • Complicaciones de prediabetes o diabetes • Demencia • Dependencia crónica del alcohol y otros medicamentos • Diabetes • Enfermedad arterial coronaria • Enfermedad de Huntington • Enfermedad de Parkinson • Enfermedad hepática en fase terminal • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) • Enfermedad vascular periférica • Enfisema • Epilepsia • Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) • Esclerosis múltiple • Esquizofrenia • Fibrosis pulmonar • Hemofilia • Hipertensión • Hipertensión pulmonar • Hospitalización reciente debido a diabetes o a una afección que empeoró por prediabetes o diabetes • Hospitalización reciente por enfermedad mental • Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) • Obesidad • Parálisis generalizada (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia) • Poliarteritis nudosa • Polimialgia reumática • Polimiositis • Polineuropatía • Púrpura trombocitopénica inmunitaria • Secuelas posagudas de infección por el virus SARS-CoV-2 (PASC)/COVID persistente • Síndrome mielodisplásico	Consulte “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en esta tabla.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Trastorno paranoide • Trastorno tromboembólico venoso crónico • Trastornos bipolares • Trastornos depresivos graves • Trastornos esquizoafectivos • VIH/sida	
 Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de VIH o que tienen un alto riesgo de contraer el VIH, se cubren los siguientes servicios: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, se cubren los siguientes servicios: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	No se paga coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de VIH preventivo cubierto por Medicare.
Atención en una agencia de salud en el hogar Antes de recibir cualquier servicio de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicio de atención médica en el hogar y ordenará dicho servicio para que sea provisto por una agencia de salud en el hogar. Debe de estar confinado; es decir, dejar su domicilio representa mayor esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio de medio tiempo o intermitente. (Para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios sociales y médicos. • Equipos y suministros médicos.	No se paga coseguro ni copago, en el caso de los miembros elegibles para recibir la atención de la agencia de salud en el hogar cubierta por Medicare. Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, los antivíricos, la inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Formación y educación del paciente que no esté cubierta en el beneficio del equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para proporcionar la terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos Usted califica para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal en el que se certifica que usted es un enfermo terminal y que tiene 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicaid. Su plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluso aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para control de los síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención a domicilio <u>Para los servicios paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de servicio paliativo, su proveedor facturará a Original Medicare por los servicios que debiera pagar. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados a su diagnóstico terminal se pagan con Original Medicare, no con BCBSAZ Health Choice Pathway. Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 % del monto aprobado por Medicare por los servicios de consultas de cuidados paliativos cubiertos por Medicare. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) <u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare no relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia, no son urgentes, que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para obtener el servicio, usted solo pagará el monto de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red, pagará nuestro monto de costo compartido basado en el pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios que están cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway, pero no por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> BCBSAZ Health Choice Pathway continuará con los servicios cubiertos por el plan que no estén incluidos en la Parte A o la Parte B, ya sea que estos estén relacionados o no con su diagnóstico terminal. Pagará su parte del costo compartido del plan por dichos servicios. <u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados a la afección terminal con cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos. Si estos medicamentos sí están relacionados a la afección terminal con cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado paliativo y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si está en cuidado paliativo certificado por Medicare</i>). Nota: Si necesita cuidados no paliativos (cuidados no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona que sufre una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si fuera necesario por razones médicas • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si corre algún riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte D.	No se paga coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria Incluye cuidados intensivos hospitalarios, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que el paciente es internado formalmente en el hospital por indicaciones del médico. El día antes del alta es el último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario desde el punto de vista médico) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Gastos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias como paciente internado	Usted paga: deducible de \$1,600 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por cada período de beneficios Días 61 a 90: copago de \$400 por día de cada período de beneficios Días 91 y posteriores: copago de \$800 por cada día de reserva vitalicia después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida) Posterior a los días de reserva vitalicia: todos los costos Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted pagará \$0.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria (continuación) • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por asistir de manera local, siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BCBSAZ Health Choice Pathway brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza a regir solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar bien por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año calendario, o tener sangre donada por usted o un tercero. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios de médicos. Nota: Para poder internarse, su proveedor debe enviar una orden de internación escrita para ingresarlo formalmente como paciente del hospital. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe consultar con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su afección de emergencia, el costo que pagará será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red. Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requiere internación en hospital. • Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención de salud mental como paciente internado no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. • Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización es mayor que 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.	Usted paga: deducible de \$1,600 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por cada período de beneficios Días 61 a 90: copago de \$400 por día de cada período de beneficios Días 91 y posteriores: copago de \$800 por cada día de reserva vitalicia después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida) Posterior a los días de reserva vitalicia: todos los costos Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted pagará \$0. Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Internación: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o en un SNF durante una internación no cubierta Si se le han acabado los beneficios de hospitalización o si la internación no es razonable y necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibirá durante su estadía en el hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos x, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios de técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros servicios que se usan para consolidar fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (no odontológicos) que se utilizan para reemplazar la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa, 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 ajustes, reparaciones y reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Salvo en caso de emergencia, su médico debe indicarle con qué plan ingresará en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficio de comidas (complementario)* 84 comidas en total <u>Comidas para pacientes con enfermedades posagudas:</u> En el caso de los miembros dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o de rehabilitación para pacientes internados), el plan proporcionará un máximo de 2 comidas por día durante 35 días, por un total de 70 comidas sin costo. Podrá seleccionar comidas de un tipo de menú específico que aparece en la notificación de alta, como bienestar general, saludable para el corazón, apto para diabéticos, sin gluten, apto para personas con enfermedades renales, alimentos hechos puré y alimentos para vegetarianos. <u>Comidas para pacientes con enfermedades crónicas:</u> Los miembros con control de atención que tienen una afección crónica aprobada por el plan pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para que usted haga una transición a modificaciones del estilo de vida. Las afecciones crónicas elegibles incluyen las siguientes: • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) • Diabetes mellitus (DM) Puede recibir un máximo de 2 comidas saludables por día hasta por 7 días, por un total de 14 comidas sin costo.	No se paga coseguro ni copago. Se puede requerir autorización previa.
 Terapia médica en nutrición Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedades renales (de riñones), pero sin diálisis, o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicio de orientación durante el primer año que recibe terapia de nutrición médica por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas de servicio de orientación a partir del segundo año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podría recibir más horas de tratamiento a partir de la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su indicación anualmente si el tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No se paga coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica en nutrición cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada del cambio de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica para realizar cambios en la dieta a largo plazo, aumentar la actividad física y desarrollar estrategias de resolución de problemas con el fin de superar los desafíos, mantener la pérdida de peso y lograr un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare 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: • Medicamentos que generalmente el paciente no se administra a sí mismo y que se inyectan mientras recibe servicios médicos, hospitalización ambulatoria o servicios en centros de cirugía ambulatorios • Medicamentos administrados por medio de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección si es hemofílico • Medicamentos inmunosupresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en su domicilio, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos oncológicos orales y antieméticos • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como, Epogen®, Procrit®, epoyetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: (https://www.healthchoicepathway.com/providers/provider-information/). También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. En el capítulo 6 se detalla lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	En el caso de los medicamentos de venta con receta de la Parte B que consigue en el consultorio del médico o en la farmacia, usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa. Los medicamentos incluidos en el beneficio de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada. La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir el estudio de un medicamento de la Parte B o de uno de la Parte D.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Línea directa de enfermería (servicios complementarios)* Acceso a enfermeros titulados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No se paga coseguro ni copago.
 Detección y terapia de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa muscular de 30 o más, cubriremos los servicios de asesoría intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría tiene cobertura si la recibe durante la atención primaria, en la que se podrá coordinar un plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o un médico general para averiguar más al respecto.	No se paga coseguro, copago ni deducible por la detección y la terapia preventivas de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan que tienen trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar dicho OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento con asistencia de medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Orientación contra el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de ingreso • Evaluaciones periódicas	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de diagnóstico ambulatorio y servicios terapéuticos y suministros Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia, curiterapia y terapia isotópica con materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para consolidar fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza a regir solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar bien por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año calendario, o tener sangre donada por usted o un tercero. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	No se paga coseguro ni copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 % para las radiografías y pruebas de diagnóstico no realizadas en laboratorio cubiertas. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). No se requiere autorización previa para los servicios de radiografías. Se requiere autorización previa para realizar pruebas genéticas, resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP), ecografías y estudios de imágenes cardíacos exclusivos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación para pacientes ambulatorios del hospital Los servicios de observación se ofrecen a pacientes ambulatorios del hospital para decidir si a usted se lo debe internar o puede recibir el alta. A fin de que los servicios de observación para pacientes ambulatorios del hospital estén cubiertos, dichos servicios deben cumplir con los criterios de Medicare, y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por indicación de un médico o de otra persona autorizada por la legislación estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: Salvo que el proveedor haya redactado una orden para ingresarlo como paciente en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe consultar con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios necesarios por razones médicas que reciba en el área ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Los servicios en el área de emergencia o de clínica ambulatoria, como los servicios de observación o de cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y laboratorio facturados por el hospital • La atención de salud mental, incluye la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que el tratamiento de internación no podría ser requerido • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos o sustancias biológicas que no se puede autoadministrar Nota: Salvo que el proveedor haya redactado una orden para ingresarlo como paciente en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe consultar con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra certificado por el estado o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, practicante de enfermería, asistente médico u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 % por cada sesión individual o grupal para pacientes ambulatorios. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en diferentes establecimientos ambulatorios, como divisiones ambulatorias de un hospital, consultorios de un terapeuta independiente e Instalaciones de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF).	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios El plan pagará los servicios por abuso de sustancias ambulatorios médicamente razonables y necesarios cuando se administren en los siguientes establecimientos: Consultorio del médico y hospitales ambulatorios. En estos establecimientos, los proveedores evalúan e identifican a los individuos en riesgo o con problemas relacionados con el abuso de sustancias y brindan intervenciones y tratamiento limitado.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Monto aprobado por Medicare por cada sesión individual o grupal para pacientes ambulatorios. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros de cirugía ambulatoria Nota: Si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si esto se hará en forma ambulatoria o con hospitalización. Salvo que el proveedor haya dado la orden de ingresarlo como un paciente en el hospital, será un paciente ambulatorio y pagará los costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente ambulatorio.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.
Beneficios de artículos de venta libre (OTC) (complementarios)* Asignación de \$380 por trimestre (cada tres meses). El monto de beneficios no utilizado se transferirá desde el trimestre anterior. Sin embargo, vencerá en el trimestre siguiente si no se utiliza. El dinero transferido se aplicará antes del monto de beneficios del período actual. Un miembro nunca tendrá más del doble de sus beneficios para gastar en un solo trimestre. Tenga en cuenta que los montos de beneficios no utilizados desde el 4.º trimestre (octubre, noviembre y diciembre) no continuarán en el siguiente año del plan. Los artículos de venta libre (OTC) que están cubiertos por este beneficio están limitados a artículos que son coherentes con las pautas del CMS, tal como se encuentran en el catálogo de OTC que se entrega a los miembros. Los servicios cubiertos incluyen las compras de artículos OTC que se piden a través del catálogo de OTC por teléfono al 1-844-457-8938 o en el sitio web www.cvs.com/otchs/healthchoice. El envío es gratuito. Usted también puede ir a las tiendas CVS participantes. Para encontrar una tienda CVS participante, visite el sitio web https://www.cvs.com/otchs/healthchoice/storelocator.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como un servicio hospitalario ambulatorio o por parte de un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención que puede recibir en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación en el hospital.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de cirugía o de atención necesarios por razones médicas proporcionados en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatorio certificado, departamento de atención ambulatoria hospitalaria o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por un especialista, si su médico se los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud incluidos servicios de un profesional de atención primaria, servicios de un especialista médico, servicios urgentes ○ Puede optar por recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un profesional dentro de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Algunos servicios de telesalud, incluidos consulta, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico para los pacientes de ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en fase terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal de hospital o de hospital para casos críticos, centro de diálisis renal o en la casa del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental que se produce simultáneamente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud en las siguientes situaciones: ○ Tiene una visita en persona en un plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud. ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones en los casos anteriores en determinadas circunstancias.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) - Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por centros de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos <u>si ocurre lo siguiente:</u> - Usted no es un paciente nuevo; y - el control no se relaciona a una consulta hecha en los últimos 7 días; y - el control no genera una consulta dentro de las 24 horas ni en la cita más próxima disponible - Evaluación de video y/o imágenes que usted le envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si ocurre lo siguiente:</u> - Usted no es un paciente nuevo; y - la evaluación no se relaciona a una consulta hecha en los últimos 7 días; y - la evaluación no genera una consulta dentro de las 24 horas ni en la cita más próxima disponible - Interconsultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica - Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía - Atención odontológica no considerada 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 serían cubiertos cuando sean provistos por un médico)	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Diagnóstico y tratamiento quirúrgico o médico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón en el talón) - Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres que tienen 50 años y más, entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes, cada 12 meses: • Examen rectal digital • Examen de antígeno prostático específico (PSA)	No se paga coseguro, copago ni deducible por el examen de PSA anual.
Prótesis y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de la estructura o función del cuerpo. Incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros relacionados directamente con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Cuidados de la vista” más adelante en esta parte para obtener más información.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Se puede requerir autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y una indicación de rehabilitación pulmonar de parte del médico especialista en enfermedades respiratorias crónicas.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo indebido del alcohol Cubrimos un examen de detección del consumo indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, pero no son bebedores alcohólico-dependientes. Si su examen da positivo para el uso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones de asesoría personalizada breves al año (si usted está competente y alerta durante la asesoría) provistas por un médico de atención primaria calificado o un profesional médico en un establecimiento de atención primaria.	No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección y consejería para reducir el uso indebido de alcohol cubierto por Medicare.
 Evaluación para cáncer pulmonar con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) cada 12 meses para individuos que reúnen los requisitos. Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de fumar al menos 20 paquetes de cigarrillos por año y que fuman en la actualidad o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una indicación por escrito para una LDCT durante una orientación de evaluación para cáncer pulmonar y una visita de toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y se proporciona de parte de un médico o de un profesional no médico calificado. <i>En el caso de los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT:</i> el miembro debe recibir una indicación por escrito para que le realicen un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede obtener durante cualquier cita apropiada con un médico o con un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por dar una orientación sobre una evaluación sobre cáncer pulmonar y una visita de toma de decisiones compartida para las evaluaciones de cáncer pulmonar con LDCT subsiguientes, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No se paga coseguro, copago ni deducible por la orientación y la visita de toma de decisiones compartida cubiertas por Medicare, o por la LDCT.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación para prevenir las ETS Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas también están cubiertas para las embarazadas y para ciertas personas que están en alto riesgo de contraer una ETS, siempre que las pruebas sean ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. Cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría personalizada del comportamiento de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos y en alto riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoría como servicio preventivo si estas son provistas por un proveedor de atención médica primaria y se llevan a cabo en un establecimiento de atención médica primaria, como un consultorio médico.	No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección de ETS y asesoría sobre ETS cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades del riñón Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Los servicios de educación para las enfermedades del riñón enseñan cómo cuidar el riñón y ayuda a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Para los miembros con enfermedad del riñón crónica en la fase IV que son referidos por su médico, cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad del riñón de por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio se encuentre temporalmente no disponible o no pueda acceder a él). • Los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se hospitaliza para recibir atención especial). • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de soporte a domicilio (como, cuando es 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). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare”.	No se paga coseguro ni copago por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 % por servicios de diálisis para pacientes ambulatorios e internados, equipos y suministros para diálisis en el hogar. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Cuarto semiprivado (o cuarto privado si es necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Fármacos que le administren como parte de su plan de atención (incluye sustancias que están presentes de manera natural en el organismo, como factores de coagulación sanguínea) • Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza a regir solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar bien por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año calendario, o tener sangre donada por usted o un tercero. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • 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 • Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/profesionales En general, usted recibirá atención SNF de los centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones, como las que se enumeran a continuación, podrá recibir atención de un centro que no sea proveedor de la red si el centro acepta los montos de pago establecidos por nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de retiro de cuidados continuos donde usted vivía inmediatamente antes de ingresar en el hospital (siempre que se brinde la atención de un centro de enfermería especializada)	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted paga lo siguiente: Días 1 a 20: copago de \$0 por cada período de beneficios Días 21 a 100: copago de \$200 por día de cada período de beneficios Días 101 y posteriores: todos los costos Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted pagará \$0. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente internado en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted haya dejado de estar hospitalizado en cualquier hospital (o establecimiento de enfermería especializada) durante 60 días seguidos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un SNF donde su cónyuge está viviendo en el momento en que usted sale del hospital	Si va al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por hospitalización por el período de beneficio. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener. Se puede requerir autorización previa.
 Programa para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubriremos dos asesorías para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio de prevención sin costo alguno. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. <u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco, o si toma medicamentos que podrían verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	No se paga coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* <u>Servicios de tecnologías con acceso remoto</u> Los médicos podrán controlarle la presión sanguínea, el peso y la glucosa remotamente, según corresponda, de modo que puedan identificarse en tiempo real problemas como la hipertensión o los niveles elevados de azúcar en sangre. Los servicios proporcionados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia. • Dispositivos de salud conectados y tecnologías de control remoto de pacientes (RPM), asociados con la intervención de un PCP o de un especialista • Los dispositivos de salud conectados permiten a los médicos controlarlo a usted sin necesidad de tener citas personalizadas. El equipo de tecnología de acceso remoto puede incluir, entre otros, los siguientes: • Banda para medir la presión arterial • Balanza • Monitor de glucosa no cubierto por Medicare A fin de ser elegible para recibir los beneficios anteriores, debe tener control de atención y una o más afecciones crónicas calificadas. • Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Diabetes • Secuelas posagudas de infección por el virus SARS-CoV-2 (PASC)/COVID persistente	No se paga coseguro ni copago.
<u>Control mejorado de enfermedades</u> Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para determinados miembros sin costo para usted.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación) A fin de ser elegible para recibir los beneficios anteriores, debe tener control de atención y una o más afecciones crónicas calificadas. • Complicaciones por insuficiencia cardíaca crónica (CHF) y determinación de alto riesgo de hospitalización Si es elegible, los auxiliares de enfermería certificados o los trabajadores de salud comunitaria supervisados por enfermeros pueden llevar a cabo visitas en persona o visitas virtuales desde casa. La información y los datos se comunican al profesional de atención primaria y al equipo de atención del miembro.	
<u>Alimentos y productos saludables</u> Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite de \$30 o \$100 por mes para cubrir el costo de alimentos saludables incluidos, entre otros, los siguientes: • Frutas y verduras • Aperitivos, papas fritas, aros de cebolla, etc. • Carnes • Mariscos • Jugos • Alimentos preparados • Bocadillos salados • Galletas dulces • Galletas saladas • Nueces, semillas y mezcla de frutos secos • Lácteos • Huevos enteros y sustitutos del huevo • Yogur • Margarina • Leches de soja y de otros frutos secos • Sopas y comidas listas para comer, sándwiches • Embutidos procesados y fritos • Productos del campo	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación) • Carnes • Carnes procesadas • Mariscos • Pan, panecillos y tortillas • Artículos para panadería o cocina • Pudines y gelatina • Harinas, harina de maíz, harinas de frutos secos y semillas, mezclas para pan y galletas • Azúcar (blanca, integral y glas) • Hierbas, especias y aderezos • Aceites y reducciones • Condimentos, salsas espesas, salsas, mayonesa y aderezo para ensalada • Salsa de tomate, de espaguetis, Alfredo, significativa desde el punto de vista de la nutrición • Mermeladas, jaleas, dulces para untar, sirope • Mantequilla de maní y mantequillas de otros frutos secos • Cereal (frío y caliente), panqueques y waffles • Alimentos para el desayuno (masas rellenas para tostadora, barras de cereales, granola y barras de granola) • Frutas desecadas, bocadillos con frutas • Pastas secas • Frijoles desecados • Arroz y cereales integrales • Mezclas secas: mezclas para guarniciones, mezclas para cocinar comidas • Frutas y verduras enlatadas o en frasco (incluye salsa y frijoles no procesados) • Alimentos preparados (guisos enlatados, para calentar y comer) • Sopa • Carne enlatada • Mariscos enlatados • Mezclas de bebidas líquidas y en polvo o concentradas • Cacao, café y té (líquidos o en polvo)	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación) • Jugos (incluye gasificados) • Combinaciones de jugos, bebidas y ponches (incluye gasificados) • Agua embotellada • Agua mejorada • Bebidas isotónicas • Hielo • Agua con gas El monto no utilizado no se transfiere al mes siguiente. A fin de ser elegible para recibir los beneficios de la tarjeta con \$100 para alimentos y productos: • Debe tener registro de un reclamo presentado en el año calendario 2023 que incluya lo siguiente: • Una o más de las siguientes afecciones crónicas calificadas: ○ Cáncer ○ Diabetes ○ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) ○ Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) ○ Hipertensión ○ Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) ○ Obesidad ○ Secuelas posagudas de infección por el virus SARS-CoV-2 (PASC)/COVID persistente A fin de ser elegible para recibir los beneficios de la tarjeta con \$30 para alimentos y productos: • Debe tener registro de un reclamo presentado en el año calendario 2023 que incluya lo siguiente:	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación) • Una o más de las siguientes afecciones crónicas calificadas: ○ Anemia aplásica ○ Arritmias cardíacas ○ Artritis reumatoide ○ Asma ○ Bronquitis crónica ○ Deficiencia neurológica relacionada con accidente cerebrovascular ○ Demencia ○ Dependencia crónica del alcohol y otros medicamentos ○ Drepanocitosis (que excluye el rasgo drepanocítico) ○ Enfermedad arterial coronaria ○ Enfermedad de Huntington ○ Enfermedad de Parkinson ○ Enfermedad hepática en fase terminal ○ Enfermedad vascular periférica ○ Enfisema ○ Epilepsia ○ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) ○ Esclerosis múltiple ○ Esquizofrenia ○ Estenosis del conducto vertebral ○ Fibrosis pulmonar ○ Hemofilia ○ Hipertensión pulmonar ○ Lupus eritematoso sistémico ○ Parálisis generalizada (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia) ○ Poliarteritis nudosa ○ Polimialgia reumática ○ Polimiositis ○ Polineuropatía ○ Púrpura trombocitopénica inmunitaria ○ Síndrome mielodisplásico	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación) ○ Trastornos esquizoafectivos ○ Esquizofrenia ○ Drepanocitosis (que excluye el rasgo drepanocítico) ○ Estenosis del conducto vertebral ○ Deficiencia neurológica relacionada con accidente cerebrovascular ○ Lupus eritematoso sistémico Nota: Si califica para ambos beneficios, recibirá el más alto de los dos. No recibirá ambos. Nota: Si no tiene registro de un reclamo presentado, programe su visita de bienestar anual o examen físico de rutina anual con su PCP. Nota: Si se determina que usted es elegible para el beneficio de alimentos y productos, no recibirá una tarjeta de débito Visa® prepaga adicional por correo. El dinero de los beneficios de la iniciativa estatal de crédito para pequeñas empresas (SSBCI) para alimentos y productos se agregará automáticamente a su tarjeta de débito Visa® prepaga que recibió como parte del programa de Flex Card. Nota: La tarjeta Visa® prepaga es de marca compartida con OTC Network®. Esta tarjeta no se puede usar ni asociar a su beneficio de venta libre (OTC). Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, de su EOC para obtener información sobre su beneficio de venta libre (OTC) y proveedores. Si cree que cumple con los criterios y no ha recibido una tarjeta Visa® Flex Card prepaga o quiere obtener más información sobre este beneficio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación) Este beneficio es para su uso exclusivo, no se debe vender ni transferir, tampoco tiene valor en efectivo. <u>Apoyos generales para vivir: apoyos de transición (alojamiento o servicios públicos)</u> Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite de hasta \$1,000 por año para cubrir el costo del alojamiento temporal (<u>en ubicaciones aprobadas por el plan</u>) después de una internación elegible y determinados servicios públicos (servicios de electricidad, gas, saneamiento, agua y/o teléfono). A fin de ser elegible para recibir el beneficio anterior, usted debe cumplir lo siguiente: • Debe participar activamente en la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway, lo que incluye, entre otros, completar una encuesta, una evaluación y crear un plan de atención con objetivos alcanzables e intervenciones procesables. • Tener una o más de las siguientes afecciones crónicas calificadas: ○ Complicaciones de prediabetes o diabetes ○ Hospitalización reciente por enfermedad mental ○ Hospitalización reciente debido a diabetes o a una afección que empeoró por prediabetes o diabetes Cualquier dinero no usado de su beneficio de Flex Card vencerá al final del año. Nota: Si se determina que usted es elegible para el beneficio de vivienda y alojamiento, no recibirá una tarjeta de débito Visa® prepaga adicional por correo. El dinero de los beneficios de vivienda y alojamiento se agregará automáticamente a su tarjeta de débito Visa® prepaga que recibió como parte del programa de Flex Card.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación) Nota: La tarjeta Visa® prepaga es de marca compartida con OTC Network®. Esta tarjeta no se puede usar ni asociar a su beneficio de venta libre (OTC). Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, de su EOC para obtener información sobre su beneficio de venta libre (OTC) y proveedores. Nota: Estos fondos NO están destinados a asistencia de alquiler/hipoteca, sino a alojamiento temporal después de una admisión calificada como paciente hospitalizado. Si cree que cumple con los criterios y no ha recibido una tarjeta Visa® Flex Card prepaga o quiere obtener más información sobre este beneficio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com. Este beneficio es para su uso exclusivo, no se debe vender ni transferir, tampoco tiene valor en efectivo.	
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad vascular periférica (PAD) sintomática. Si se cumplen los requisitos del programa de SET, se ofrece cobertura de hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para pacientes que tienen PAD con claudicación • Realizarse en un hospital ambulatorio o en un consultorio médico • Ofrecerse por parte del personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • Tener supervisión directa de un médico, un asistente del médico, una enfermera profesional o una enfermera clínica especializada que debe estar capacitada en técnicas avanzadas de soporte vital La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un tiempo prolongado si un profesional de atención médica lo considera necesario por razones médicas.	Usted hace un copago de \$0 o paga un coseguro de 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de telesalud adicionales (complementarios)* Los servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales son los siguientes: • Servicios de un profesional de atención primaria • Servicios de un especialista médico • Servicios urgentes Las visitas médicas se realizan fuera de los centros médicos por clínicas de proveedores virtuales que usan tecnología en línea y capacidades de audio y video en vivo. Visite www.healthchoicepathway.com/ para acceder a las visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nota: No todas las afecciones se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de la visita virtual identificará si usted debe consultar con un médico en persona por su tratamiento. Puede optar por recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un profesional dentro de la red que actualmente ofrezca el servicio mediante telesalud.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de transporte (complementarios)* Hasta 36 viajes de transporte de ida cada año calendario. Nuestro plan cubre el transporte terrestre de no emergencia dentro de nuestra área de servicio. • Recogida hasta las ubicaciones aprobadas por el plan o desde ellas • Servicio de puerta a puerta • Furgonetas con acceso para silla de ruedas, a pedido Este beneficio está disponible para que usted obtenga la atención y los servicios necesario por razones médicas. Los viajes tienen un límite de 50 millas, en una dirección, a menos que lo apruebe el plan. • Un viaje se considera el transporte en una dirección en taxi, furgoneta o mediante los servicios de vehículo compartido hasta una ubicación relacionada con la salud, aprobada por el plan. • Los servicios cubiertos no incluyen el transporte en ambulancia. (Consulte Transporte de emergencia). Llame con, al menos, 72 horas de antelación para programar viajes de rutina, o en cualquier momento para viajes urgentes. Determinadas ubicaciones pueden quedar excluidas. Para obtener más información sobre las ubicaciones aprobadas por el plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios de transporte por razones médicas se deben recibir de un proveedor dentro de la red para que estén cubiertos por el plan. Es posible que los vehículos transporten a varios ocupantes al mismo tiempo y que, durante el viaje, se detengan en lugares que no son el destino del miembro. Asegúrese de mencionar las necesidades especiales o las preferencias cuando programe su viaje.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios urgentes Se proporcionan servicios urgentes para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible ni razonable obtener servicios de los proveedores dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentes que debe cubrir el plan fuera de la red son los siguientes: i) Usted necesita atención inmediata durante el fin de semana; o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y necesarios por razones médicas. Si, dadas las circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor dentro de la red, su plan cubrirá los servicios urgentes de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, servicios urgentes ni otros servicios de atención médica fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Usted hace un copago de \$0 o paga el 20 % del costo hasta \$60 por los servicios urgentes cubiertos por Medicare. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista, incluye el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones) para anteojos o lentes de contacto. • En el caso de las personas que tienen alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen para detectar glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, el examen para detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares (si se ha sometido a dos operaciones de cataratas diferentes, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	En el caso de la atención necesaria por razones médicas cubierta en virtud de Original Medicare: Usted hace un copago de \$0 o paga el 20 % del costo para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluido el examen de detección de glaucoma una vez por año) que cubre Original Medicare. En un entorno hospitalario ambulatorio, usted también paga un copago. Usted hace un copago de \$0 o paga el 20 % del monto aprobado por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Original Medicare después de una cirugía de cataratas. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de atención de la vista de rutina adicional (complementarios)* Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina): Servicios de atención de la vista complementarios (es decir, de rutina): • Un examen ocular de rutina cada año que incluye lo siguiente: ○ Una evaluación de glaucoma para personas que tienen riesgo de dicha enfermedad ○ Un examen de la retina para personas con diabetes • Pares ilimitados de anteojos recetados cada año. Un beneficio máximo de \$450 cada año para cualquiera de los siguientes artículos: ○ Anteojos (lentes y marcos) ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos Nota: Los anteojos cubiertos por Medicare no están incluidos en el máximo de beneficios complementarios (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio de anteojos complementario para aumentar la cobertura de anteojos cubiertos por Medicare. Nota: Los servicios de la vista complementarios (es decir, no cubiertos por Medicare) se deben recibir de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Nota: La cobertura de los servicios de la vista de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni AHCCCS (Medicaid) pagarán su parte del costo por estos servicios. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo, obtener una lista detallada de procedimientos cubiertos, o para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.	No se paga coseguro ni copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Visita preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre una visita de prevención de Bienvenida a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios de prevención que usted necesita (incluidos determinados exámenes y vacunas), y remisiones para atención posterior si fuera necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare en el plazo de los primeros 12 meses de membresía de la Parte B de Medicare únicamente. Cuando fije su cita, diga a su médico que le gustaría programar su examen preventivo de bienvenida a Medicare.	No se paga coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de BCBSAZ Health Choice Pathway?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway

Los siguientes servicios no están cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway, pero están disponibles a través de AHCCCS (Medicaid):

- Servicios basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de interpretación para visitas médicas
- Servicios de atención a largo plazo

Para obtener una lista de beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte el resumen de beneficios cubiertos por Medicaid que figura en el resumen de beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway. También puede consultar su Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid) o visitar el sitio web www.azahcccs.gov.

Para obtener más información, puede comunicarse con AHCCCS (Medicaid) llamando al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**. Se responden llamadas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. El número del servicio de retransmisión para personas con discapacidad auditiva es **1-800-842-6520**.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan**

En esta sección, se describe qué servicios quedan excluidos.

En la siguiente lista se describen algunos servicios y artículos que no se encuentran cubiertos por el plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por el plan únicamente bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicio que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las situaciones específicas que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen estando no cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si se apela el servicio y se toma una decisión al respecto: después de la apelación de que sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		- Cubierto en casos de lesiones accidentales o para la mejoría del funcionamiento de una parte deformada del cuerpo. - Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de custodia Los cuidados custodiales es una atención personal que no requiere de la atención continua de personal paramédico o médico capacitado, ya que esta atención brinda asistencia en actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipamiento y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Honorarios cobrados en concepto de atención por sus familiares directos o personas que viven en su casa	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio	✓	
Entrega de comidas		BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de comidas complementario. Consulte más información en la Sección 2.1 de este capítulo: “Beneficio de comidas”.
Servicios domésticos que incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, como limpieza ligera o preparación de comidas ligeras.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	✓	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención dental que no sea de rutina		La atención dental que no sea considerada de rutina, necesaria para el tratamiento de enfermedades o lesiones, puede estar cubierta para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para pies		Los zapatos que formen parte de un aparato ortopédico de la pierna y estén incluidos en el costo de este aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con pie diabético
Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	✓	
Habitación privada en un hospital		Cubierto solo cuando es necesario por razones médicas.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados	✓	
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones está cubierta.
Atención dental de rutina, como limpieza, restauraciones o prótesis dentales		BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental complementario. Consulte más información en la Sección 2.1 de este capítulo: “Servicios dentales de rutina adicionales”.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la baja visión		Un examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas. BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental complementario. Consulte más información en la Sección 2.1 de este capítulo: “Atención de la vista de rutina adicional”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de rutina de los pies		Se brinda una cierta cobertura limitada, según las pautas de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos		BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de la audición complementario. Consulte más información en la Sección 2.1 de este capítulo: “Servicios de audición de rutina adicionales”.
Servicios que se consideran no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare	✓	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para
medicamentos de venta con receta
de la Parte D*

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos si recibe Ayuda Adicional con los costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican para la Ayuda Adicional y la reciben de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de venta con receta. Si está inscrito en el programa de Ayuda Adicional, **cierta información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso**. Le enviamos un anexo por separado llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos de venta con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional de LIS”. (Los números telefónicos del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se describen las normas para la utilización de su cobertura para 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, usted tiene algunos medicamentos de venta con receta cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). En la Lista de medicamentos se indica cómo averiguar información sobre su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Consulte su formulario de BCBSAZ Health Choice Pathway en el sitio web www.healthchoicepathway.com.

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

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) le debe emitir una receta que deberá ser válida según la legislación estatal vigente.
- El profesional que emite recetas no debe estar en las listas de exclusión ni de preclusión de Medicare.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

- Por lo general, debe presentar la receta en una farmacia de la red para obtener su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser usado bajo indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del fármaco que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre en qué circunstancias cubriríamos los medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia bajo contrato con el plan para proveer sus medicamentos de venta con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de venta con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio (www.healthchoicepathway.com) y/o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que estuvo utilizando deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros o utilizar el *directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, deberá surtir sus medicamentos en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de establecimientos de atención a largo plazo Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias del Servicio de Asistencia Médica Indígena o del Programa de Salud Tribal/Indígena Urbano (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencias, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (**Nota:** Esta situación se da con poca frecuencia).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro de hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir por correo sus medicamentos de venta con receta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Normalmente, una farmacia de pedidos por correo le enviará su pedido en menos de 10 a 15 días. Si se atrasa su pedido, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

Nuevos medicamentos de venta con receta que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente los nuevos medicamentos de venta con receta que dicha farmacia recibe de los profesionales de atención médica, sin verificarlo con usted primero, si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Usó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, o
- se inscribió para la entrega automática de todos los nuevos medicamentos de venta con receta recibidos directamente de los profesionales de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los nuevos medicamentos de venta con receta en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Si recibe automáticamente por correo un medicamento de venta con receta que no quiere, y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes del envío, usted puede ser elegible para un reembolso.

Si usó pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nuevo medicamento de venta con receta, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedido por correo y/o decide interrumpir el surtido automático de nuevos medicamentos de venta con receta, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba un nuevo medicamento de venta con receta de un profesional de atención médica para saber si quiere 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 deben enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento de venta con receta.

Resurtidos de medicamentos de venta con receta en pedidos por correo. Para obtener resurtidos de sus medicamentos, puede optar por inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, empezaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que está por acabarse su medicamento. La farmacia se comunicará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que usted necesita más medicamentos. Además, puede cancelar los resurtidos programados si tiene una cantidad suficiente de sus medicamentos o si dichos medicamentos cambiaron.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aun así quiere que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento de venta con receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su medicamento actual. Eso le asegurará que su pedido se envíe a tiempo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

Para cancelar nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

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

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro prolongado”) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma regularmente, debido a una afección crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Además, puede recibir los medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su medicamento de venta con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus medicamentos de venta con receta como miembro de nuestro plan. **Primero verifique con el Departamento de Servicios para Miembros** si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en que cubrimos medicamentos de venta con receta surtidos en una farmacia fuera la red:

- BCBSAZ Health Choice Pathway cubrirá los medicamentos de venta con receta que se surten en una farmacia fuera de la red si estos medicamentos se relacionan con la atención que se recibió por una emergencia médica o por una urgencia.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de cobertura o se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos de venta con receta, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si no hay una farmacia de la red disponible.
- No puede obtener un medicamento cubierto cuando necesite porque no hay farmacias de la red las 24 horas a una distancia razonable para llegar en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia de la red accesible o de servicio por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y los exclusivos).
- Si lo evacúan o desplazan de su casa debido a una catástrofe federal o a otra declaración de emergencia de salud pública.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) cuando surta su medicamento de venta con receta. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar el reembolso del plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos “**Lista de medicamentos**” de manera abreviada.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y tiene la aprobación de este.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos según la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos de venta con receta cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario de BCBSAZ Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de BCBSAZ Health Choice, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Por lo general, cubriremos los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted cumpla las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento cuando se cumple con *alguna* de las siguientes opciones:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los que se receta.
- *O --* está avalado por ciertos libros de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de medicamentos?

En el formulario (Lista de medicamentos) de BCBSAZ Health Choice Pathway no se identifican los medicamentos cubiertos por AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario de BCBSAZ Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de BCBSAZ Health Choice, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

El plan no cubre todos los medicamentos de venta con receta.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incorporar un medicamento en particular a la Lista de medicamentos. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?
--------------------	---

Existen maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos en forma electrónica.
2. Visite al sitio web del plan (www.healthchoicepathway.com). La Lista de medicamentos del sitio web está siempre actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D**SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos****Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos de venta con receta, 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 recomendarles a usted y a su proveedor que usen 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 y de menor costo tiene la misma eficacia desde el punto de vista médico que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor que usen esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden ser diferentes según factores, como la concentración o la forma del medicamento recetado por su profesional de atención médica. Es posible que se apliquen distintas restricciones o montos compartidos en las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes partes incluyen más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

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

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar una excepción. Podemos aceptar que eliminemos la restricción por usted o no. (Consulte el Capítulo 9)

Restringir un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento genérico funciona de la misma manera que un medicamento de marca, pero normalmente es más barato. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su médico nos indica la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca registrada. (Su parte del costo podría ser mayor para los medicamentos de marca que para los medicamentos genéricos).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

Obtener aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted y su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **“autorización previa”**. Se establece para garantizar la seguridad del medicamento y orientar respecto del uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar con un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda que pruebe medicamentos menos costosos, pero, generalmente, igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se usan para tratar la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerirle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le resulta eficaz, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **“terapia escalonada”**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que surte su medicamento de venta con receta. 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 sus medicamentos no están cubiertos como usted quiere?

Sección 5.1	Hay ciertas medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto como usted quiere
--------------------	---

Hay situaciones en las que un medicamento de venta con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, que no figura en nuestro formulario, o que figura pero tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que quiere no.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas adicionales o restricciones de cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no tiene la cobertura que a usted le gustaría que tenga.
- Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, consulte la Sección 5.2 para saber qué recursos tiene a su disposición.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D**Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?**

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene ciertas restricciones, usted podrá hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y para decidir qué hacer.

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

- **Si usted es miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su medicamento de venta con receta está indicado por menos días, permitiremos múltiples surtidos hasta un máximo de 31 días del suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros inscritos en el plan por más de 90 días y que residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:**
Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento en particular o menos si su medicamento de venta con receta está indicado por menos días. Esto se agrega al suministro temporal antes mencionado.
- Si se produce un cambio en su atención (por ejemplo, recibir el alta o ingresar en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (31 o 34 días) le permitirá tiempo para consultar con su médico acerca del cambio en la cobertura.

Para hacer preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

Mientras use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando dicho suministro se acabe. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar por otro medicamento.

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda ser igual de eficaz para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar una excepción al plan y que se cubra dicho medicamento como usted quiere. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos la excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aun cuando no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento de los que toma se retirará del formulario o tendrá alguna restricción el año siguiente, le informaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Pueden solicitar una excepción antes del año siguiente y recibirá una respuesta de nuestra parte en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de su 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, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se indica cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida e imparcial.

SECCIÓN 6 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año
--------------------	--

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

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos o eliminarlos de esta**
- **Agregar o quitar una restricción sobre la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico**

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

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

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma programada y periódica. A continuación, le indicamos los momentos en los que recibirá un aviso directo si se producen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas opciones)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel más bajo y tendrá las mismas restricciones o una más bajas. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones, cuando se agregue el nuevo genérico.
 - Es posible que no le avisemos con antelación antes de realizar ese cambio, aunque actualmente esté tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. También incluirá información sobre cómo solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos poco seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse poco seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

- El profesional que emite recetas también se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que, una vez iniciado el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas opciones. También podemos hacer cambios según las advertencias en recuadros de la FDA o según las pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos avisarle del cambio con al menos 30 días de antelación o avisarle del cambio y darle un resurtido de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de que reciba el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que emite recetas para cambiar por otro medicamento que cubramos o cumplir con las restricciones nuevas sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o el profesional que emite recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan a usted durante este año del plan.

Podremos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen más arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1.º de enero del año siguiente si permanece en el mismo plan.

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

- Establecemos una nueva restricción en el uso del medicamento.
- Agregamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se produce en un medicamento que está tomando (excepto la retirada del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni el monto que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en su uso del medicamento.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se indican los tipos de medicamentos de venta con receta que se encuentran excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

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

- La cobertura de medicamentos según la Parte D de nuestro plan no incluye un medicamento que no está cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o de sus territorios.
- El plan en general no puede cubrir el uso por indicación no prescrita (*off-label*). “Indicación no prescrita” se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la FDA.
- La cobertura de una indicación no prescrita se permite solo cuando el uso es avalado por ciertos libros de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

Además, por ley, las siguientes categorías de los medicamentos incluidos a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos por la cobertura de medicamentos de Medicaid. Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario de BCBSAZ Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de BCBSAZ Health Choice, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
 - Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
 - Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de tos o resfríos

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor
- 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

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento de venta con receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía

Para surtir el medicamento de venta con receta, debe proporcionar información sobre la membresía de su plan, que encontrará en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que nos corresponde de los costos de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte de los costos cuando retire el medicamento de venta con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información sobre su membresía?

Si no tiene la información de su membresía del plan cuando surta su medicamento de venta con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es probable que usted tenga que pagar el costo total del medicamento de venta con receta cuando lo retire.** (A continuación, **podrá solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener 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 en un centro de enfermería especializada con una hospitalización cubierta por el plan?

Si se lo interna en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan, generalmente, cubriremos el costo de sus medicamentos de venta con receta durante la internación. Cuando sale del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos de venta con receta siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que le suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro LTC, puede obtener sus medicamentos de venta con receta a través de la farmacia del centro, o la que este usa, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su LTC o la que este usa forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si usted está en un centro LTC, debemos asegurarnos de que reciba sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias del LTC.

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

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos de un empleador o de un plan colectivo de jubilados?

Si, actualmente, tiene otra cobertura de medicamentos de venta con receta a través de su empleador (o el de su cónyuge) o de un plan colectivo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Este lo puede ayudar a determinar cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos de venta con receta con el plan.

En general, si tiene cobertura como empleado o cobertura de un plan colectivo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura del plan colectivo. Esto significa que la cobertura de su grupo pagará primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año su empleador o plan colectivo de jubilados deberá enviarle una nota en la que se informe si la cobertura de medicamentos de venta con receta para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan colectivo es **acreditable**, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que usted pague, en promedio, al menos el equivalente a la cobertura de medicamentos de venta con receta estándares de Medicare.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

Guarde este aviso de cobertura acreditable, lo puede necesitar más adelante. Si se inscribe a un plan de Medicare que tenga la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para comprobar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilados, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si recibe cuidados paliativos certificados por Medicare?

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (p. ej., contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por sus cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos en la que se informe que el medicamento no tiene relación antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que receta que presenten la notificación antes de que se surta su medicamento de venta con receta.

En el caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o reciba el alta de los cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio de cuidados paliativos de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para que se verifiquen su revocación o su alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad con fármacos y control de medicamentos

Sección 10.1 Programas para que los miembros usen los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para garantizar que están recibiendo atención médica segura y correcta.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento de venta con receta. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores en la medicación
- Medicamentos que pueden ser innecesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que no son seguros o apropiados debido a su edad o sexo

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma juntos
- Recetas de medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que está tomando
- Cantidades poco seguras de analgésicos opioides

Si observamos un posible problema en el uso de sus medicamentos, lo ayudaremos a su proveedor a corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Control de Medicamentos (DMP) para que los miembros usen sus medicamentos opioides de manera segura

Nuestro programa garantiza que los miembros usen de manera segura los opioides de venta con receta y otros medicamentos de abuso frecuente. Se llama Programa de Control de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que recibe de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis con opioides reciente, es posible que hablemos con sus médicos para garantizar que use los medicamentos opioides adecuadamente y según sea necesario desde el punto de vista médico. Colaboración con sus médicos: si decidimos que el uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas de venta con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos de venta con receta de opioides o benzodiacepinas en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos de venta con receta de opioides o benzodiacepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que le cubriremos

Si planificamos limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se explicarán las limitaciones que creemos que deben aplicarse a su caso. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmará la limitación. Si cree que cometió un error o está en desacuerdo con nuestra determinación o con las limitaciones, usted y el profesional que receta su medicamentos tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, si recibe cuidados paliativos o cuidados paliativos terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de venta con receta de la Parte D

Sección 10.3	Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM) para que los miembros controlen sus medicamentos
---------------------	--

Este programa ayuda a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama “Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM)”. Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para asegurarnos de que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos muy costosos para distintas afecciones o que participan en un DMP para poder usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional médico le darán una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre los medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos de venta con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con 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, la cantidad que toma y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos de venta con receta que son sustancias controladas.

Se acepta que hable con su médico sobre la lista de tareas y medicamentos recomendados. Traiga el resumen a su visita o en cualquier momento en que hable con los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, junto con su identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6:

*Lo que debe pagar por los
medicamentos de venta con receta
de la Parte D*

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos si recibe Ayuda Adicional con los costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican para la Ayuda Adicional y la reciben de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de venta con receta. Si está inscrito en el programa de Ayuda Adicional, **cierta información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un anexo por separado llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos de venta con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional de LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento de venta con receta de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos están excluidos por ley de la cobertura de la Parte D. 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 saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos de venta con receta y qué normas debe seguir cuando recibe sus medicamentos de venta con receta. Estas normas se explican en el Capítulo 5, Secciones de 1 a 4.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y se le puede solicitar el pago de tres maneras.

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento de venta con receta.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte un medicamento de venta con receta.

Sección 1.3 Cómo Medicare calcula los gastos de bolsillo

Medicare establece normas sobre lo que se consideran y lo que *no* se consideran para los gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para mantener un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo.

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

- El monto que usted paga por medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa de falta de cobertura
- Todos los pagos que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de venta con receta distinto a Medicare antes de ingresar a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted** mismo hace estos pagos, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones** los hacen en nombre de usted. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos para enfermos de sida, o por el Servicio de Asistencia Médica Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de ayuda adicional de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos que realiza el Programa de Descuento por Falta de Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$7,400 en gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

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
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura externa a la red
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos medicamentos de venta con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca durante la falta de cobertura
- Pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador
- Los pagos por sus medicamentos que hagan ciertos planes de seguros y los programas de salud gubernamentales, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos
- Los pagos por sus medicamentos realizados por terceros con una obligación legal para pagar los costos de medicamentos de venta con receta (por ejemplo, compensación laboral)

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se indican anteriormente, paga la totalidad o una parte de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted debe comunicárselo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$7,400, este informe le indicará que ha dejado de pertenecer a la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **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 de sus gastos estén completos y actualizados.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre cuando lo compre

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de BCBSAZ Health Choice Pathway?
--------------------	--

Existen cuatro etapas de pago de medicamentos para la cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare según BCBSAZ Health Choice Pathway. El monto que paga depende de la etapa en la cual usted se encuentra cuando se le surte o resurte un medicamento de venta con receta. Podrá obtener información de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: etapa de deducible anual

Etapas 2: etapa de cobertura inicial

Etapas 3: etapa de falta de cobertura

Etapas 4: etapa de cobertura catastrófica

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) aprobado por Medicare proporcionará estos beneficios y/o copagos o coseguro como parte del programa de Diseño de Seguros Basados en el Valor. Este programa permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.

Encontrará información de sus costos compartidos en las Secciones 5, 6 y 7.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

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

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual llamado “<i>Explicación de los beneficios de la Parte D</i>” (la “EOB de la Parte D”)
--------------------	---

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos de venta con receta y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

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. A esto se lo llama sus “**gastos de bolsillo**”.
- Registramos los **costos totales de los medicamentos**. Esta es el monto de gastos de bolsillo que usted paga u otros pagos en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Si le surtieron uno o más medicamentos de venta con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total por costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y lo que usted pagó y lo que pagaron otros por usted.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se llama “información del año hasta la fecha”. Muestra el total de costos por medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información del precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, y la información sobre los aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo del medicamento de venta con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos de venta con receta alternativos de menor costo disponibles.** Incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido más bajo para cada reclamo de medicamento de venta con receta.

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

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en la información brindada por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta un medicamento de venta con receta.** Nos permite asegurarnos de que sepamos sobre los medicamentos de venta con receta que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que pague todo el costo de un medicamento de venta con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando hizo un copago por medicamentos proporcionados a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante de los medicamentos.
- Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener las instrucciones de cómo hacerlo, lea el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se consideran para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Ayuda de Medicamentos contra el sida (ADAP), el Servicio de Asistencia Médica Indígena y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus costos en efectivo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos llevar un registro 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 sea correcta. Si cree que falta información o tiene preguntas, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de falta de cobertura, usted paga el costo total de sus medicamentos

La mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos de venta con receta, por eso, la etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si usted recibe Ayuda Adicional, el monto de su deducible depende del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Podrá hacer lo siguiente:

- No pagar un deducible
- --O-- pagar un deducible de \$104.

Si no recibe Ayuda Adicional, la etapa de deducible es la primera etapa de pago de la cobertura de sus medicamentos. Esta etapa comienza cuando surta su primer medicamento de venta con receta del año. Cuando se encuentre en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible del plan, que es \$505 en 2023.

Generalmente, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, dado que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos, pasará de la etapa de deducible a la etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su medicamento de venta con receta
--------------------	--

En la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de medicamentos de venta con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiere.

Su elección de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted adquiere el medicamento en:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan. Cubriremos recetas adquiridas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para averiguar cuándo cubriremos un medicamento de venta con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia del servicio de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y para surtir sus medicamentos de venta con receta, consulte el Capítulo 5 y el *directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que indica sus costos por un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	--

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

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

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Su parte del costo cuando adquiere un suministro *para un mes* de un medicamento de venta con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta 31 días de suministro)	Costo compartido de pedido por correo (hasta 31 días de suministro)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta 34 días de suministro)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta 31 días de suministro)
Nivel				
Medicamentos genéricos (incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta
Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	Copago de \$0 o copago de \$4.30, copago de \$10.35 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$4.30, copago de \$10.35 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$4.30, copago de \$10.35 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$4.30, copago de \$10.35 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta
Si recibe Ayuda Adicional, su copago depende de los ingresos y del estado institucional. Si no recibe Ayuda Adicional de Medicare, pagará 25 % de coseguro por sus medicamentos de venta con receta.				

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Beneficio de la Parte D de Value-Based Insurance Design (VBID)

El costo compartido del subsidio por bajos ingresos (LIS) del beneficiario no se aplica a todos los medicamentos de la Parte D en todas las fases de beneficios. Esto significa que, si usted califica para los costos compartidos de LIS, califica para una reducción de los montos de costos compartidos de la Parte D que se indican a continuación.

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Hasta 31 días de suministro)	Costo compartido de pedido por correo (Hasta 31 días de suministro)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta 34 días de suministro)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta 31 días de suministro)
Medicamentos genéricos (incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Si no recibe Ayuda Adicional de Medicare, pagará 25 % de coseguro por sus medicamentos de venta con receta.				

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes de un medicamento determinado, usted podría no tener que pagar el costo del suministro del mes completo
--------------------	--

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento de venta con receta cubre el suministro de un mes completo. Habrá ocasiones en las que usted o su médico deseará que le recete medicamentos para menos de un mes (por ejemplo, cuando su médico prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes de sus medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor sus fechas de resurtido para los distintos medicamentos de venta con recetas.

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

- Si usted debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo que usted paga será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted debe hacer un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días para los que recibe el medicamento en lugar de un mes completo. Nosotros calcularemos el monto que usted pague por día de medicamento (la tasa de costo compartido diario) y multiplicaremos esto por el número de días para los que recibe el medicamento.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Sección 5.4 Tabla que indica sus costos para un suministro *a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”). Un suministro a largo plazo equivale a un suministro de hasta 100 días.

En la tabla a continuación, se muestra lo que debe pagar cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro *a largo plazo* de un medicamento de venta con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Hasta 100 días de suministro)	Costo compartido de pedido por correo (Hasta 100 días de suministro)
Medicamentos genéricos (incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta
Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	Copago de \$0 o copago de \$4.30 o copago de \$10.35 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta	Copago de \$0 o copago de \$4.30 o copago de \$10.35 o 15 % de coseguro por medicamento de venta con receta
Si recibe Ayuda Adicional, su copago depende de los ingresos y del estado institucional. Si no recibe Ayuda Adicional de Medicare, pagará 25 % de coseguro por sus medicamentos de venta con receta.		

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Beneficio de la Parte D de Value-Based Insurance Design (VBID)

El costo compartido del subsidio por bajos ingresos (LIS) del beneficiario no se aplica a todos los medicamentos de la Parte D en todas las fases de beneficios. Esto significa que, si usted califica para los costos compartidos de LIS, califica para una reducción de los montos de costos compartidos de la Parte D que se indican a continuación.

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Hasta 100 días de suministro)	Costo compartido de pedido por correo (Hasta 100 días de suministro)
Medicamentos genéricos (incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	Copago de \$0	Copago de \$0
Si no recibe Ayuda Adicional de Medicare, pagará 25 % de coseguro por sus medicamentos de venta con receta.		

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales del año para los medicamentos alcancen \$4,660

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos de venta con receta que haya surtido alcance el **límite de \$4,660 para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que usted recibe lo ayudará a mantener un registro de cuánto dinero ha gastado usted, el plan y terceros en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si alcanza este monto, abandonará el tramo de cobertura inicial y pasará al tramo de falta de cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los gastos de bolsillo.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 6 La etapa de falta de cobertura

Cuando se encuentra en la etapa de falta de cobertura, el Programa de Descuento por Falta de Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante en medicamentos de marca. Usted paga 25 % del precio negociado y una parte de la tasa de despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto que el fabricante descuenta se consideran para sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado, y lo hace pasar por la falta de cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más del 25 % del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo se considera el monto que paga usted, y lo hace pasar por la falta de cobertura.

Continúa pagando estos costos hasta que sus pagos anuales de gastos de bolsillo alcancen el monto máximo que Medicare haya establecido. Cuando alcance este monto (\$7,400), usted saldrá de la etapa de falta de cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare establece normas sobre lo que se consideran y lo que *no* se consideran para los gastos de bolsillo. (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,400 en el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos de venta con receta, los costos que usted pague por los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de Ayuda Adicional que reciba. En esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será uno de los siguientes:

- \$0 o
- un coseguro o un copago, lo que signifique un monto *mayor*:
 - – *ya sea*– coseguro de 5 % del costo del medicamento
 - – *o* – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga por vacunas depende de cómo y dónde se las aplique

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

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

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

Los costos que debe pagar por una vacuna de la Parte D dependen de los tres factores siguientes:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos [lo que se cubre y lo que usted paga]* del Capítulo 4).
 - Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna se puede despachar por una farmacia o que se la proporcionen en el consultorio médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrársela en el consultorio médico.

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de en qué etapa de pago de medicamentos se encuentre.

- A veces, cuando se le administra una vacuna deberá pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarle la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras oportunidades, cuando adquiere la vacuna, usted deberá pagar solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

A continuación, se describen tres maneras en que usted puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: usted compra la vacuna en la farmacia de la red. (Que tenga esta opción dependerá del lugar dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su coseguro o copago por la vacuna que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, deberá pagar el costo total por la vacuna y el costo del proveedor por administrársela.
- Luego, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pague menos el coseguro o el copago normal por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y, luego, la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administra la vacuna, usted deberá pagar el total del costo por este servicio. Luego, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

Le reembolsaremos el monto cobrado por el médico que corresponda por administrar la vacuna.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitar que le paguemos una
factura que ha recibido por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que le paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos recibidos, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado un servicio o un artículo de Medicare cubiertos por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (la devolución del dinero se suele llamar “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cuando usted pagó más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para obtener la devolución de dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos los gastos por los servicios y medicamentos.

En algunas ocasiones, también recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en el documento. Primero, intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más dinero que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estas son situaciones en las que usted puede solicitar un reembolso a nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o atención urgente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o servicios urgentes de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos un reembolso por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que usted haya efectuado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que usted haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo efectuaremos directamente al proveedor.

Capítulo 7 Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si usted ya ha pagado más de lo que corresponde a su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía 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 deberían facturar siempre directamente al plan. Pero, a veces, se equivocan y le solicitan que pague sus servicios o más dinero de su parte del costo.

- No permitimos que los proveedores le facturen servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así, aunque paguemos al proveedor un costo menor que los cargos del proveedor por un servicio.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere es por un monto mayor al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado. Debe pedirnos que le reembolsemos los servicios cubiertos o la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba según el plan.

3. Si está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

En ocasiones, la inscripción de una persona al plan es retroactiva. (Significa que ya ha pasado el primer día de inscripción. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado).

Si fue inscrito de forma retroactiva en nuestro plan e hizo un desembolso de su propio bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitar al plan la devolución por la parte de los costos compartidos que nos corresponda. Deberá presentarnos la documentación, por ejemplo: recibos, para que podamos gestionar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, la farmacia no podrá presentar el reclamo directamente ante 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 compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener una explicación de estas circunstancias.

Capítulo 7 Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

5. Cuando usted paga el costo total por un medicamento de venta con receta porque no trae su tarjeta de membresía en el plan

Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, usted puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesitan 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 compartido.

6. Cuando en otras situaciones usted paga el costo total de un medicamento de venta con receta

Usted deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar a su caso. Si usted decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para hacer el reembolso por la parte del costo del medicamento que nos corresponde.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento debe cubrirse. Eso se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si negamos su solicitud de pago, usted puede apelar a nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos un reembolso llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo en un plazo de 90 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o los recibos pagos a estas direcciones:

Reembolsos de servicios médicos:

BCBSAZ Health Choice Pathway ATTN: Reimbursement Services
410 N 44th Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Capítulo 7 Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**Reembolsos de farmacia de la Parte D:**

BCBSAZ Health Choice Pathway ATTN: Reimbursement Services
410 N 44th Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Si no sabe cuánto adeuda, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con respecto a ellas, nosotros podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no

Sección 3.1	Revisamos para ver si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos
--------------------	---

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte de los costos que nos corresponda por el servicio. Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si usted aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el servicio médico o medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos de atención médica ni de medicamentos. Le enviaremos una carta en la que se explican los motivos por los que no enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que pagamos, usted puede apelar. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso legal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, lea el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan

Section 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.)
--------------------	--

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, please call to file a grievance with Member Services at **1-800-656-8991 (TTY 711)** 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week. 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 **1-800-368-1019** or **TTY 1-800-537-7697**.

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en sistema Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

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

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información de forma gratuita en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos si lo requiere. Nuestra obligación es proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma apropiada para usted, llame al Departamento de Servicios de Atención para Miembros.

Es imprescindible que nuestro plan brinde a las mujeres la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este 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, llame al Departamento de Servicios de Atención para Miembros para presentar una queja al **1-800-656-8991 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. También puede presentar una queja con Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles, al **1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697**.

Sección 1.2	Debemos asegurarle que obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos y medicamentos
--------------------	--

Tiene derecho a elegir un profesional de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga remisiones para consultar a los proveedores de la red, excepto para servicios quiroprácticos.

Tiene derecho a tener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando usted necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el Capítulo 9 se indica lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

Las leyes federales y estatales 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 usted nos brindó cuando se suscribió en este plan, así como también su historia clínica y otra información médica y sobre su salud.
- Tiene derechos relacionados a su información y a controlar cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Aviso de práctica de privacidad”, en el que se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que solo las personas autorizadas puedan ver o cambiar sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le proporcione atención ni pague por su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le 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.
 - Debemos divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, que incluye información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales. Por lo general, esto exige que no se comparta la información que lo identifica de forma exclusiva.

Puede ver la información en su historia clínica y saber de qué manera se divulgó a otras personas

Usted tiene derecho de ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de su historia. Tenemos autorización para cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho de solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.

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 dudas acerca de la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Aviso de prácticas de privacidad Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

El contenido detallado aquí ha sido adaptado del aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder a esta información. **Revíselo con atención.**

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones.
- Corregir su registro de salud y registro de reclamaciones.
- Pedir que las comunicaciones sean confidenciales.
- Pedir que limitemos la información que divulgamos.
- Recibir una lista de aquellas personas con las que hayamos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para actuar en representación suya.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Puede elegir cómo usamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos consultas de cobertura de su familia o amigos.
- Brindamos asistencia en caso de desastres.

Uso y divulgación

Podemos usar y compartir (*divulgar*) su información al:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.
- Trabajar en nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud.
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.
- Investigar.
- Cumplir con la ley.
- Responder a una solicitud de donación de órganos o tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria.
- Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley u otros pedidos gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Tiene ciertos derechos respecto a su información de salud. En esta sección de nuestra página web se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarlo.

Para ejercer sus derechos, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.

Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones.

- Puede pedir ver o recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y registros de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle un importe razonable basado en el costo.

Pídanos que corrijamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones si piensa que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le diremos la razón, por escrito, en un plazo de 60 días.

Pídanos que las comunicaciones sean confidenciales

- Puede pedir que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o su oficina) o enviar el correo a una dirección diferente.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables, y aceptaremos si nos dice que al no hacerlo estará en peligro.

Pídanos que limitemos qué información usamos o divulgamos

- Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afecta su atención médica.

Reciba una lista de aquellas personas con las que hemos compartido información

- Puede pedir una lista (llamada una *solicitud de contabilidad*) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién la hemos compartido y por qué lo hicimos, hasta seis años antes de la fecha en que la solicite.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, entre otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le daremos una solicitud de contabilidad por año gratis, pero cobraremos un importe razonable basado en costos si pide otro dentro de los mismos 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso electrónicamente. Le daremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien para actuar en representación suya

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomemos cualquier medida.

Presente una queja si siente que se están vulnerando sus derechos

- Puede presentar una queja si siente que hemos vulnerado sus derechos, al contactarnos en la Oficina de Privacidad de Blue Cross Blue Shield of Arizona, 2444 W. Las Palmaritas Dr., Phoenix, AZ 85021; o al llamarnos al **1-800-232-2345, ext. 2255 or 602-864-2255, TTY: 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; al llamar al **1-877-696-6775**; o al visitar **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.
- No tomaremos represalias si presenta una queja.

Sus opciones

Tiene derecho a elegir personas específicas, familia, amigos cercanos u otros, con los que compartiremos determinada información de salud, en situaciones específicas. Estas son:

1. Personas que estén involucradas en ayudarlo a recibir atención médica y pagar servicios, como:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- a. Un amigo que a veces busca recetas para usted.
 - b. Un familiar cercano que maneja sus facturas médicas.
 - c. Un hijo o una hija que va con usted a las consultas médicas.
2. Las personas que quiere que contactemos en caso de una emergencia médica.

En una situación de desastre, puede que le convenga que compartamos su información protegida de salud con entidades públicas o privadas que tengan permitido acceder a esta información legalmente para asistir en iniciativas de socorro en caso de desastre. Sin embargo, **la elección es suya**. Puede comunicarnos si nos da su permiso o no para compartir esta información con organizaciones de socorro en caso de desastres.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en alguna de estas situaciones detalladas anteriormente, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

Si no es capaz de expresar su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir un amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad.

En los siguientes casos, *nunca* divulgamos su información, a no ser que nos autorice por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

Uso y divulgación

¿Cómo solemos usar y divulgar su información de salud?

Solemos usar y divulgar su información de salud para:

Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.

Podemos usarla y divulgarla con los profesionales que lo tratan.

Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Trabajar en nuestra organización.

- Podemos usar y divulgar su información para trabajar en nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No nos está permitido usar información genérica para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el costo de la cobertura. Esto no aplica a planes de atención médica de larga duración.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios de salud.

Podemos utilizar y divulgar su información de salud al pagar por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar pagos para sus procedimientos dentales.

Administrar su plan de salud.

Podemos divulgar su información de salud al promotor de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proveer un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para justificar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar y divulgar su información de salud?

Estamos autorizados u obligados a compartirla de otras maneras, en general en maneras que contribuyen al bien común, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de acuerdo a la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información sobre esto, visite

hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.

Podemos divulgar su información de salud para ciertos fines determinados de salud pública, como, por ejemplo:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con el retiro de productos.
- Reportar reacciones adversas (como efectos secundarios negativos o reacciones alérgicas) a medicamentos.
- Informar de sospechas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.
- Prevenir o disminuir un riesgo grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Investigar.

Podemos utilizar y divulgar su información para investigaciones clínicas.

Cumplir con la ley.

Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Responder a una solicitud de donación de órganos o tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria.

- Podemos divulgar su información médica con organizaciones que trabajan con donación y trasplante de órganos, ojos o tejido.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Cuando una persona muere, podemos compartir su información de salud con un funcionario forense, médico forense o el director de una funeraria.

Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley u otros pedidos gubernamentales.

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamaciones de compensación de los trabajadores.
- Para cumplir con la ley o con un oficial de las fuerzas policiales.
- Con agencias que supervisan la salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional o servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés).
- Le informaremos de inmediato si hay una violación que comprometa su privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad detalladas en este aviso
- Si pide una copia impresa de este aviso, debemos darle una.
- No usaremos ni compartiremos su información para nada que no esté descrito aquí a no ser que nos indique por escrito que podemos compartirla. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambió de opinión.

Para obtener más información sobre esto, visite

hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a las condiciones de este aviso

Efectivo el 14 de abril de 2013

Podemos cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestra página web, **healthchoicepathway.com**. En nuestro correo anual posterior a los cambios hechos, incluiremos una copia del aviso revisado o una explicación de los cambios, así como también indicaciones sobre cómo obtener una copia del aviso revisado.

Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre la HIPAA, comuníquese con nosotros al **602-864-2255** o al **1-800-232-2345**, ext. **2255**. También puede enviarnos un correo electrónico a **privacy@azblue.com** o enviarnos por fax los documentos de la HIPAA al **602-544-5661**.

Sección 1.4	Debemos entregarle información sobre el plan, los proveedores de la red y los servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- **Información acerca de nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información acerca del estado financiero del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones otorgadas a los proveedores y las farmacias de nuestra red y la forma en que pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe cumplir para el uso de su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no están cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito respecto de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene alguna restricción. Además, en el Capítulo 9 se proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también llamada “apelación”.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones con respecto a su atención
--------------------	--

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 profesionales de atención médica. Sus proveedores deben explicarle en qué consiste su afección y cuáles son sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

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

- **A conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que lo informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar los costos o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y utilizarlos de manera segura.
- **A conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Usted debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tendrá siempre la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de dejar el hospital u otro centro médico, aún 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, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si usted no puede tomar sus propias decisiones médicas

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 decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- 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** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen varios tipos de instrucciones anticipadas y diversos nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si usted desea definir sus instrucciones en una directiva anticipada, deberá realizar lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada a través de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que constituye un documento legal. Deberá considerar pedir a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar las decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que quiera darles copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en casa.

Si sabe anticipadamente que va a estar internado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital le puede entregar formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde lo siguiente: usted decide si quiere completar una directiva anticipada o no (incluso si quiere firmar una si usted está en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede negar atención médica ni discriminarlo sobre la base de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones incluidas en dicha directiva, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Su dirección es 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. El número de teléfono para información general y pública es el siguiente: **1-602-542-1025** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. fax al **1-602-542-0883**, dirección de sitio web: **www.azdhs.gov**.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones
--------------------	---

Si tiene problemas, inquietudes o reclamos y debe solicitar cobertura, presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Cualquier cosa que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **debemos tratarlo justamente.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	--

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

Si considera que lo trataron injustamente o que sus derechos no se respetaron por motivos de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** o por TTY (teléfonos de texto) al **1-800-537-7697**, o a la Oficina de Derechos Civiles de su área.

¿Es por otro motivo?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y que *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema de la siguiente manera:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede llamar al **Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado (SHIP).** Para más información, lea el Capítulo 2, Sección 3.
- O, puede **llamar a 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
--------------------	--

Usted puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede llamar al **Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado (SHIP).** Para más información, lea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación se encuentra disponible

en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

- O, puede llamar 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 1.9	Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
--------------------	--

Si quiere hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 1.10	BCBSAZ Health Choice Pathway evalúa nueva tecnología para incluirla como beneficio cubierto
---------------------	--

BCBSAZ Health Choice Pathway estableció un proceso para tratar y evaluar el uso adecuado de las novedades en tecnología médica y aplicaciones nuevas de tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto. El equipo de gestión médica de BCBSAZ Health Choice Pathway evalúa los dispositivos y procedimientos nuevo con los siguientes objetivos:

- Mantenerse actualizado respecto de los cambios constantes en tecnología médica
- Asegurar que nuestros miembros reciban una atención segura, eficaz y basada en evidencias
- Revisar la información de los organismos reguladores de gobierno adecuados, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.
- Obtener la opinión de especialistas y profesionales con conocimientos exclusivos sobre la tecnología específica revisada
- Seguir cumpliendo con todos los organismos reguladores federales y estatales y las agencias de acreditación aplicables a los planes de BCBSAZ Health Choice Pathway

SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan
------------------	--

A continuación, se enumeran los pasos que usted debe seguir como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para recibirlos.** Use esta Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- En los Capítulos 5 y 6, se da información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos de venta con receta además de nuestro plan, usted deberá informarnos.** En el Capítulo 1, se explica la coordinación de estos beneficios.
- **Infórmele al médico y a otros profesionales de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía cada vez que reciba atención médica o medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Permita que los médicos y otros proveedores lo ayuden. Para ello, proporcione información, haga preguntas y complete su atención.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a los médicos y otros profesionales de la salud los problemas médicos que tiene. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que su médico sepa todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los de venta libre, vitaminas y complementos.
 - Si tiene dudas, pregunte y reciba una respuesta que pueda entender.
- **Tenga consideración.** Se espera que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que permitan que las actividades en el consultorio del médico, hospitales y otros consultorios se realicen de manera ordenada.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, debe hacer estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando obtenga el servicio o medicamento.
 - Si se le pide que pague una cantidad adicional por la Parte D debido a sus mayores ingresos (según se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que lo informe a la oficina del Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Lo que debe hacer si tiene
problemas o desea presentar un
reclamo (decisiones de cobertura,
apelaciones, reclamos)*

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes**

En este capítulo, se describen los procesos para tratar los problemas o las inquietudes. El proceso que puede utilizar para tratar su problema depende de dos cosas:

1. Si tiene problemas con los beneficios cubiertos por **Medicare** o por AHCCCS (**Medicaid**). Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de AHCCCS (Medicaid), o ambos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, deberá usar el **proceso para decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
 - Para otros problemas, deberá usar el **proceso de presentación de reclamos**, también llamadas “quejas”.

Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que se debe usar y lo que debería hacer.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

En este capítulo, se explican términos legales de algunas normas, procedimientos y tipos de plazos. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar su comprensión, en este capítulo, se explica lo siguiente:

- Se usan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, se dice “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja formal”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”; “determinación de cobertura” o “determinación en situación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También usa la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y, a veces, muy importante) que conozca los términos legales correctos. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda e información correspondientes a su situación. Para ayudarlo a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

**SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda
personalizada**

Estamos siempre disponibles para prestarle asistencia. Aunque haga un reclamo sobre cómo lo tratamos, debemos cumplir su derecho a presentar un reclamo. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda. Pero, en algunas situaciones, también es posible que quiera recibir ayuda u orientación de otras personas no relacionadas con nosotros. A continuación, se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa lo pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindar más información y ofrecer un asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También se puede comunicar con Medicare para recibir ayuda. Para comunicarse con Medicare, haga 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).

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Puede obtener ayuda e información de AHCCCS (Medicaid)

Método	Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS) (Medicaid): información de contacto
TELÉFONO	1-855-HEA-PLUS 1-855-432-7587 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto feriados estatales.
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	<u>www.azahcccs.gov</u>

Puede obtener ayuda e información de Asistencia al Ciudadano del Programa del Defensor de Arizona.

Método	Asistencia al Ciudadano del Programa del Defensor de Arizona: información de contacto
TELÉFONO	1-602-277-7292 Gratis fuera del condado de Maricopa: 1-800-872-2879 Horario de atención los días de semana, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los feriados estatales.
DIRECCIÓN	Arizona Ombudsman- Citizen's Aide 7878 N. 16th Street Suite 235 Phoenix, AZ 85020
SITIO WEB	<u>www.azoca.gov</u>

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Puede obtener ayuda e información del Defensor de Atención a Largo Plazo de Arizona

Método	Defensor de Atención a Largo Plazo de Arizona: información de contacto
TELÉFONO	1-602-542-6454 Area Agency on Aging, primera región, condado de Maricopa 1-602-264-2255 Northern Arizona Council on Aging, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500 Western Arizona Council on Aging, condados de Mohave, La Paz y Yuma, 1-928-217-7114 Pinal-Gila Council for Senior Citizens, condados de Pinal y Gila, 1-520-836-2758 Southeastern Arizona Governments Organization, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 1-520-432-2528 Navajo Area Agency on Aging, Nación Navajo, 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432 21 Tribal Nations, Inter-Tribal Council of Arizona, 1-602-254-4822 Horario de atención los días de semana, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los feriados estatales.
DIRECCIÓN	Office of the State Long Term Care Ombudsman Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson Ave, 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	<u>www.azoca.gov</u>

Puede obtener ayuda e información de Livanta

Método	Livanta, LLC (organización para el mejoramiento de la calidad de Arizona): información de contacto
TELÉFONO	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	<u>www.bfccqioarea5.com</u>

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?

Como tiene Medicare y recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), hay distintos procesos que puede usar para manejar su problema o reclamo. El proceso que decide usar depende de si el problema es acerca de los beneficios de Medicare o de AHCCCS (Medicaid). Si tiene problemas con los beneficios cubiertos por Medicare, debe usar los procesos de Medicare. Si tiene problemas con los beneficios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), debe usar los procesos de AHCCCS (Medicaid). Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el de AHCCCS (Medicaid) se detallan en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, use la tabla siguiente:

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o de AHCCCS (Medicaid)?

(Si desea ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4 “Manejo de los problemas sobre sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema es sobre la cobertura de AHCCCS (**Medicaid**).

Vaya directamente a la **Sección 12** al final de este capítulo, **“Manejo de los problemas sobre sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)”**.

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE****SECCIÓN 4 Manejo de los problemas sobre sus beneficios
de Medicare****Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura
y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para hacer reclamos?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. En la tabla siguiente, obtendrá ayuda para encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o reclamos acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca de los beneficios de **Medicare**, use esta tabla:

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos de venta con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos de venta con receta.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5 “Guía básica sobre decisiones de cobertura y presentación de apelaciones”**.

No.

Vaya directamente a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otros problemas”**.

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

**SECCIÓN 5 Guía sobre los principios básicos sobre decisiones
de cobertura y presentación de apelaciones**

Sección 5.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: una idea general
--------------------	---

La solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura, incluido el pago. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Estamos tomando una decisión de cobertura si decimos lo que está cubierto y cuánto debe pagar usted. Por ejemplo, su médico de la red de nuestro plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cuando recibe atención médica de este o si lo deriva a un especialista. Usted o su médico también pueden contactarnos para solicitar una decisión de cobertura, si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico determinado o si se niega a prestar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si el plan cubriría un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos tomar una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se desestimarán, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de cuando una solicitud se desestimarán: si la solicitud está incompleta, si una persona presenta la solicitud en su nombre, pero no está autorizada legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

En algunos casos podríamos determinar que el servicio o medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, de las cuales hablaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o rápida. Su apelación se trata mediante distintos revisores que no son los mismos que tomaron la decisión original.

Cuando usted hace una apelación por primera vez, se la llama “apelación de nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que cumplamos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 se desestimaré, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de cuando una solicitud se desestimaré: si la solicitud está incompleta, si una persona presenta la solicitud en su nombre, pero no está autorizada legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si contestamos negativamente a la totalidad o a una parte de su apelación de nivel 1, la apelación pasará automáticamente al nivel 2. La apelación de nivel 2 se lleva a cabo por una organización de revisión independiente que no se relaciona con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación al nivel 2 si no estamos de acuerdo por completo con la apelación de nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar por niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este capítulo se explican los niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones).

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 al Departamento de Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.
- **El médico puede realizar la solicitud por usted.** Si el médico ayuda a que una apelación pase al nivel 2, se deberá designar a dicho médico como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de designación 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.healthchoicepathway.com).
- Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, se la elevará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de venta con receta de la Parte D, el médico u otro profesional que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en nombre de usted. Si se rechaza la apelación de nivel 1, el médico o el profesional que recete pueden solicitar una apelación de nivel 2.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, usted puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere nombrar a un amigo, familiar o a otra persona como su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de designación 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.healthchoicepathway.com/). El formulario otorga a esa persona el permiso para actuar en nombre suyo. Debe estar firmado por usted y por la persona que va a actuar en nombre suyo. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el plazo de los 44 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito en el cual le explicaremos su derecho a solicitar que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Usted puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de derivaciones. 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 ofrece la información correspondiente a su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y límites máximos de tiempo diferentes, le damos los detalles de cada una en una parte diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitar una cobertura para una internación más larga en un hospital si piensa que su médico le dio de alta muy pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitar el mantenimiento de ciertos servicios médicos si piensa que la cobertura termina muy pronto” (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación ambulatoria integral [CORF]*).

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si no está seguro sobre alguna sección que vaya a usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 En esta sección se indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta parte, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)*. Para simplificar, generalmente, hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, lo que incluye artículos y servicios médicos, y medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, hay distintas normas que se aplican a la solicitud de un medicamento de venta con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las normas para los medicamentos de venta con receta de la Parte B son distintas de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta parte, se describen los pasos que se deben seguir 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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro profesional médico desea administrarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención o servicios médicos que considera que debe cubrir el plan, pero informamos que no pagaremos esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó por atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informaron que la cobertura de cierta atención médica que recibió y que aprobamos anteriormente se reducirá o cancelará, y considera que reducirla o cancelarla podría dañar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que será cancelada corresponde a atención hospitalaria, servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o servicios de centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), lea las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Hay normas especiales que se aplican a estos tipos de atención.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra a la atención médica, se llama “**determinación de organización**”.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama también “**determinación acelerada**”.

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

Una decisión de cobertura estándar suele hacerse en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas para servicios médicos o 24 horas, para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Puede *solicitar solamente* cobertura para atención médica *que aún no haya recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si aplicar los plazos estándares puede *causarle daños graves a su salud o capacidad funcional*.
- Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, acordaremos automáticamente otorgarle una decisión de cobertura rápida.
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia, 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 en la que se explica lo siguiente:
 - No usaremos los plazos estándar.
 - Si el médico solicita la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Usted puede hacer un reclamo rápido sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o demos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su doctor o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Tenemos en cuenta su solicitud de cobertura de atención médica y le respondemos.

Usamos los plazos estándares para comunicarle a usted nuestras decisiones de cobertura estándares.

Eso significa que le responderemos en un plazo de los 14 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede hacer un reclamo rápido. Responderemos a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para hacer un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Usamos un plazos acelerado para comunicarle las decisiones de cobertura rápida.

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

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no debemos extender el plazo, puede hacer un reclamo rápido. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto hayamos decidido.
- Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos por qué nuestra respuesta fue negativa.

Paso 4: Si no aceptamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Significa que podrá solicitar nuevamente obtener la cobertura para la atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que ingresará en el nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **“reconsideración”**.

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

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

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 30 días. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si apela a una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que usted aún no ha recibido, usted y/o su médico tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.
- **Debe solicitar la apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una justificación por no haberlo cumplido, explique el motivo de la demora de su apelación cuando la presente. Le podemos otorgar más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificación se encuentran, entre otros, que haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica.** Usted y el médico pueden dar información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Tenemos en cuenta su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, observaremos detenidamente toda la información. Cuando rechazamos su solicitud, verificamos que hayamos actuado con objetividad y cumplido todas las normas.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Reuniremos más información si fuera necesario, y es probable que nos comuniquemos con usted o con el médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de las 72 horas de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas (o si, al finalizar el período extendido, nos demoramos más días), tendremos que enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, la que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica en qué consiste el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente lo notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le responderemos **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede hacer un reclamo rápido. Cuando usted hace un reclamo rápido, le responderemos en el plazo de las 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).
 - Si no le informamos nuestra respuesta antes del plazo (o antes del final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, la cual será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica en qué consiste el proceso de apelación de nivel 2.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si solicita un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza la totalidad o una parte de 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 presentar una apelación de nivel 2

Término legal

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**entidad de revisión independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión fue 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 llama el “expediente de su caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- 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 presentó una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe responder a apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de recibir su apelación.
- Si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente debe reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si usted presentó una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente debe reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la justifiquen.

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa a la totalidad o una parte de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa a la totalidad o una parte de la solicitud de un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la organización es negativa a la totalidad o una parte de su apelación**, significa que dicha organización está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no se debe aprobar. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que brindará la siguiente información:
 - Explicará su decisión.
 - Lo notificará del derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita cumple con un mínimo específico.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

El aviso por escrito que reciba por parte de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Lo informará sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir apelando.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, encontrará la información sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 se presenta ante un juez de derecho administrativo o ante un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, se explican los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5	¿Qué ocurre si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura recibida por atención médica?
--------------------	--

Si ya ha pagado un servicio o un artículo de AHCCCS (Medicaid) cubiertos por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (la devolución del dinero se suele llamar “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cuando usted pagó más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos los gastos por los servicios y medicamentos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que se solicita un reembolso, nos está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que usted pagó corresponde a un servicio cubierto. También revisaremos si cumplió todas las normas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario de recibir su solicitud. Si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si no aceptamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* cumplió todas las normas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que se informa que no pagaremos los servicios y las razones del porqué.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3.

Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos responderle en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si usted solicita un reembolso por atención médica que ya recibió y pagó por su cuenta, no se le permitirá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que deberíamos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, estaremos obligados a enviarle a usted el pago que ha solicitado o enviarlo al proveedor en el plazo de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos de venta con receta 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 reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos de venta con receta. Para que esté cubierto, su medicamento debe ser usado bajo indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se analizan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento de venta con receta para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “lista de medicamentos cubiertos” o “formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos al respecto. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le informan que no pueden surtir el medicamento de venta con receta como está indicado, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “determinación de cobertura” .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicita la cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la renuncia a una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento de venta con receta que ya compró. **Solicite el reembolso. Sección 7.4.**

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

En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, a veces, se denomina solicitar una “excepción al formulario” .
Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento, a veces, se denomina solicitar una “excepción al formulario” .
Solicitar que se pague un precio menor por un medicamento no preferido cubierto, a veces, se denomina solicitar una “excepción de nivel” .

Si un medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera, puede pedirnos que hagamos una excepción. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Para que tengamos en cuenta su solicitud de excepción, el médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas de su necesidad de aprobación de la excepción.

A continuación, detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no corresponde a la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costos compartidos que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costos compartidos que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción sobre un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen normas adicionales o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3	Puntos importantes que debe conocer sobre solicitar excepciones
--------------------	--

El médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que emite recetas deben entregar una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicita la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo posee la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos su solicitud hacer una excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud por una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto se mantiene, siempre que su médico continúe recetando el medicamento para usted, y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una “decisión de cobertura rápida” se llama “**determinación de cobertura acelerada**”.

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

Las **decisiones de cobertura estándares** se realizan en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración del médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se realizan en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración del médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que todavía no recibió*. (No puede pedir que le reembolsen la decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya compró).
- Aplicar los plazos estándares puede *causarle daños graves a su salud o capacidad funcional*.
- **Si el médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le otorgaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia, sin el respaldo de su médico o de otro profesional que recete, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - No usaremos los plazos estándar.
 - Si el médico u otro profesional que emite recetas solicitan la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Le indicará cómo presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos el reclamo en un plazo de 24 horas de su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o demos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que se apela.

Usted, su médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede indicar que un abogado actúe en nombre suyo. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo usted puede otorgar un permiso por escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que consiste en las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que emite recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona que emite recetas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar la declaración firmada por fax o teléfono, si aplica.

Paso 3: Tenemos en cuenta su solicitud y le respondemos.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos responderle **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - Para solicitar excepciones, le responderemos en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, estaremos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a revisión por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Generalmente, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - Para solicitar excepciones, le responderemos en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, estaremos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a revisión por una organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago por un medicamento que ya compró

- Debemos responderle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estaremos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a revisión por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si no aceptamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Significa que solicita nuevamente obtener la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que ingresará en el 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 por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama “redeterminación” del plan.
--

Una “apelación rápida” también se llama “redeterminación acelerada”.
--

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si usted está apelando una decisión tomada por nosotros respecto a un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita presentar una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su presentante, el médico u otro profesional que emita recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-656-8991 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.** En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con el reclamo.
- **Debe solicitar la apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una justificación por no haberlo cumplido, explique el motivo de la demora de su apelación cuando la presente. Le podemos otorgar más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificación se encuentran, entre otros, que haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información contenida en su apelación y agregar más información.** Usted y el médico pueden dar información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Tenemos en cuenta su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando estamos analizando su apelación, volvemos a revisar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Cuando rechazamos su solicitud, verificamos que hayamos actuado con objetividad y cumplido todas las normas. Podremos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional que emite recetas para obtener más información.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de las 72 horas de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica en qué consiste el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica el motivo de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si usted aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le respondemos en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica en qué consiste el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura a la mayor brevedad posible según lo requiere su estado de salud, pero antes de los **7 días calendario** después de recibir su apelación. **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica el motivo de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar con respecto al pago por un medicamento que ya compró

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estaremos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a revisión por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que la apelación pasará 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 “**entidad de revisión independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión fue correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, el médico u otro profesional que emite recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no finalizamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación “en situación de riesgo” en nuestro programa de control de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la entidad de revisión independiente (IRE).
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el “expediente de su caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- 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.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, dicha organización deberá responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir la solicitud de apelación.

Plazos para apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización deberá responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir la apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión deberá responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

En el caso de apelaciones estándares:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud de cobertura**, debemos proporcionar la **cobertura de medicamentos** aprobada por 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 a la totalidad o una parte de su solicitud de reembolso** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago a usted en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si la respuesta de esta organización es negativa a la totalidad o una parte de su apelación, significa que dicha organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que brindará la siguiente información:

- Explicará su decisión.
- Lo notificará del derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita cumple con un mínimo específico. Si el valor en

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

dólares de la cobertura por medicamentos que usted solicita es muy bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 será final.

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

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir apelando.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si
- quiere pasar a una apelación de nivel 3, encontrará la información sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 se presenta ante un juez de derecho administrativo o ante un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar una cobertura para una internación más larga en un hospital si piensa que su médico le dio de alta muy pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, usted tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que será dado de alta del hospital. Lo ayudarán a coordinar la atención que usted podrá requerir después del alta.

- El día en que se retira del hospital se llama “**fecha de alta**”.
- Cuando se determine su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, usted puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informa acerca de sus derechos
--

Dentro de los dos días antes de su hospitalización, le entregarán un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguna persona del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

1. **Lea este aviso atentamente y si no lo comprende, pregunte.** Le brindará información sobre lo siguiente:
 - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho de conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su internación
 - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de atención proporcionada por el hospital
 - Tiene derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de alta si considera que recibió el alta del hospital muy pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que cubramos su atención en el hospital durante más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a otra persona que actúa en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de programar su alta.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2**Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que el tiempo de cobertura de sus servicios de hospital sea extendido, 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.**

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa la apelación. Lo hace para verificar si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por la agencia gubernamental para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención de las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no integran nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) se informa cómo puede comunicarse con esta organización. O para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado, consulte el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple con el plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la organización para el 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 tenga que pagar todos los costos* por la atención en el hospital que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad, y aún quiere presentar una apelación, debe presentarla directamente a nuestro plan. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Cuando solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la organización para el mejoramiento de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso de alta detallado**. En este aviso se le da la fecha de alta programada y se explica detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Puede obtener un ejemplo de este Aviso de alta detallado llamando al Departamento de Servicios para Miembros o 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). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la organización para el mejoramiento de la calidad (“los revisores”) le consultarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario presentar 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 que nosotros y el hospital hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores nos hayan informado acerca de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito en el que se informa su fecha de alta programada. En este aviso también se explica detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tenga toda la información que necesita, la organización para el mejoramiento de la calidad responderá 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 de hospital cubiertos por el tiempo que estos servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios de hospital cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios de hospital finalizará al mediodía el día después de que la organización para el mejoramiento de la calidad le informe la respuesta a su apelación.**
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **es probable que tenga que pagar el costo total de la atención de hospital que reciba a partir del mediodía del día después de que la organización para el mejoramiento de la calidad le informe la respuesta a su apelación.**

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Paso 4: Si la respuesta a la apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

En una apelación de nivel 2, usted le pide a la organización para el mejoramiento de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomó en la primera apelación. Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, posiblemente deba pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de los 60 días calendario** después del día en que la organización para el mejoramiento de la calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en que su cobertura por atención finalizó.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de los 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la respuesta de organización de revisión es afirmativa:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de atención médica en el hospital que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que se rechazó su primera apelación por parte de la organización para el mejoramiento de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención médica en el hospital durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si quiere seguir con la apelación al nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, encontrará la información sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 se presenta ante un juez de derecho administrativo o ante un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué pasa si no cumple el plazo establecido para presentar una apelación de nivel 1?
--------------------	---

Término legal

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

En su lugar, puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápidamente para iniciar la apelación de nivel 1 de su alta del hospital. Si no cumple el plazo para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad, puede presentar la apelación por otra vía.

Si presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto quiere decir que solicita que le entreguemos una respuesta con los plazos establecidos rápidos en lugar que con los plazos establecidos estándar. En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su internación en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificamos si la decisión sobre cuándo usted debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una revisión rápida.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que su internación en el hospital debe prolongarse hasta después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios de hospital cubiertos durante el tiempo que se considere necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle a usted la parte de los costos que nos corresponde por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos la finalización de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es negativa**, significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital finaliza el día que establecimos como el final de la cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es probable que tenga que pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si contestamos *negativamente* a su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de nivel 2

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. En ocasiones, se denomina “IRE”.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión fue correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas de haberle informado nuestra decisión negativa a su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, podrá hacer un reclamo. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos que se deben seguir para hacer un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le responden en un plazo de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos (reembolsarle) nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si aplican limitaciones de cobertura, pueden establecerse limitaciones por el monto del reembolso o el tiempo que se prolongue la cobertura de los servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo con que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
 - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará cómo iniciar una apelación de nivel 3 que se presenta ante un juez de derecho administrativo o ante un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede decidir si desea seguir apelando.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su apelación de nivel 2, usted deberá decidir si acepta la decisión o continúa a una apelación de nivel 3.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 9 Cómo solicitar el mantenimiento de ciertos servicios médicos si piensa que la cobertura termina demasiado pronto

Sección 9.1 *En esta sección se describen tres servicios solamente: Servicios de atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF)*

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación ambulatoria integral)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es tiempo de finalizar la cobertura por cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, estamos obligados a informarle ello por anticipado. Cuando su cobertura por esa atención finalice, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 **Le informaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura**

Término legal

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. La solicitud de una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito**, al menos dos días antes de que nuestro plan termine la cobertura de su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de proporcionarle la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitarnos cobertura de su atención por más tiempo.
- 2. Se le pedirá a usted o a otra persona que actúa en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de finalizar la atención.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si usted desea que se prolongue nuestra cobertura de su atención, usted debe usar el proceso de apelaciones para 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 dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa la apelación. Dicha organización decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad y pida una apelación por vía rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado, consulte el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad, y aún quiere presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
“ Explicación detallada de no cobertura ”. Es un aviso en el que se informan las razones de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la organización para el mejoramiento de la calidad (“los revisores”) le consultarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario presentar las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, consultarán con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Antes del final del día en el cual los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá nuestra **Explicación detallada de no cobertura** en la que se explica en detalle las razones por las que finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden afirmativamente?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar brindando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- 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 los revisores responden negativamente?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted tendrá que pagar el costo total** por esta atención.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Paso 4: Si la respuesta a la apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si los revisores *rechazan* su apelación nivel 1, y usted elige seguir recibiendo atención después de que haya finalizado la cobertura para la atención, podrá presentar una apelación de nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

En una apelación de nivel 2, usted le pide a la organización para el mejoramiento de la calidad que vuelva a revisar la decisión respecto de la primera apelación. Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es probable que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de los 60 días** después del día en que la organización para el mejoramiento de la calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Usted solo puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que su cobertura por atención finalizó.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de los 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar el proceso de revisión. Se le informará sobre cómo continuar en el siguiente nivel de apelación, que se presenta ante un juez de derecho administrativo o ante un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted tendrá que decidir si quiere seguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, encontrará la información sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 se presenta ante un juez de derecho administrativo o ante un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué pasa si no cumple el plazo establecido para presentar una apelación de nivel 1?
--------------------	---

En su lugar, puede apelar a nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple el plazo para contactar esta organización, puede presentar la apelación por otra vía. Si presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Término legal
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto quiere decir que solicita que le entregemos una respuesta con los plazos establecidos rápidos en lugar que con los plazos establecidos estándar. En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos acerca de cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una revisión rápida.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar, y se seguirán proporcionando sus servicios cubiertos por más tiempo, siempre que sea necesario desde el punto de vista médico. También significa que hemos aceptado reembolsarle a usted la parte de los costos que nos corresponde por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos la finalización de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es negativa**, su cobertura finalizará en la fecha que se lo informamos, y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si sigue recibiendo servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si contestamos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. En ocasiones, se denomina “IRE”.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de nivel 2

En la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión debería cambiarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas de haberle informado nuestra decisión negativa a su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, podrá hacer un reclamo. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos que se deben seguir para hacer un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le responden en un plazo de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, pueden establecerse limitaciones por el monto del reembolso o el tiempo que se prolongue la cobertura de los servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiarán.
- El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará cómo debe proceder si quiere pasar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede decidir si desea seguir apelando.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de nivel 3, encontrará la información sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 se somete a una revisión de un juez de derecho administrativo o de un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más****Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede aplicarse a su caso si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y se rechazaron ambas apelaciones.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta que recibirá por escrito de su apelación de nivel 2, se le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos de apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se define quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos tres niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le responderá.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una decisión de la apelación de nivel 2, tenemos derecho a apelar a una decisión de nivel 3 que haya sido favorable para usted. Si decidimos apelar, se pasará a una apelación de nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez 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 proporcionar el servicio 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 *puede o no haber finalizado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Apelación de nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de la decisión favorable de una apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una decisión de nivel 2, tenemos derecho a apelar a una decisión de nivel 4 que haya sido favorable para usted. Decidiremos si se debe apelar esta decisión al nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo 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 rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, en el aviso que usted reciba se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aprobar* o *rechazar* su solicitud. Esta será una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

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

Esta sección puede aplicarse a su caso si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y se rechazaron ambas apelaciones.

Si el valor de los medicamentos por los que usted apeló alcanza determinado monto en dólares, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, usted no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta que recibirá por escrito de su apelación de nivel 2, se le explicará cómo comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos de apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se define quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos tres niveles.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le responderá.

- Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza. 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 en el caso de apelaciones aceleradas), o hacer el pago antes de transcurridos 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó el Consejo en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas), o hacer el pago antes de transcurridos 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o rechaza su solicitud de revisar dicha apelación, el aviso que usted recibe le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de nivel 5. También le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si usted decide continuar con la apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aprobar* o *rechazar* su solicitud. Esta será una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas puede solucionar el proceso de presentación de quejas?

El proceso de presentación de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre estos problemas se incluyen la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿Está descontento con la calidad de atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio deficiente al cliente u otros comportamientos negativos	¿Alguna persona ha sido grosera o insolente con usted? ¿Está descontento con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? ¿Siente que lo están alentando a dejar el plan?
Tiempos de espera	¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera mucho tiempo para conseguir una? ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar mucho tiempo? ¿O bien nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan? - Los ejemplos incluyen problemas con el tiempo prolongado de esperar en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener un medicamento de venta con receta.
Limpieza	¿Está descontento con la limpieza o las condiciones de la clínica, hospital o consultorios médicos?
Información que recibirá de nosotros	¿No le hemos avisado con la antelación requerida? ¿Nuestra información por escrito es difícil de entender?

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de reclamos están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones vinculadas a las decisiones de cobertura y apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no le respondemos con la rapidez suficiente, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. A continuación, encontrará ejemplos: • Si nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y las rechazamos, puede presentar un reclamo. • Si considera que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar un reclamo. • Si considera que no cumplimos los plazos de la cobertura o del reembolso de ciertos servicios médicos o medicamentos aprobados, apelaciones, puede presentar un reclamo. • Si considera que no cumplimos los plazos exigidos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 Cómo hacer un reclamo

Términos legales
• Un “reclamo” también se llama “queja”. • “Hacer un reclamo” también se llama “presentar una queja”. • “Usar el proceso para hacer reclamos” también se denomina “usar el proceso para presentar una queja”. • Un “reclamo rápido” también se conoce como “queja acelerada”.

Sección 11.3 Paso a paso: Hacer un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de manera oportuna, ya sea por teléfono o por escrito.

- Normalmente, el primer paso es llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo hará saber.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede redactar su reclamo y enviárnoslo.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- En el reclamo, debe indicar la fecha del incidente ocurrido y una descripción detallada del evento o incidente. Envíe su reclamo por correo a BCBSAZ Health Choice Pathway, Attn: Quality Management, 410 N 44th Street, Suite 900, Phoenix, AZ 85008 en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. El reclamo o la queja se investigarán y se estudiarán detenidamente dentro del Departamento de Gestión de Calidad de BCBSAZ Health Choice Pathway.
- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario desde el momento en que ocurrió el problema que originó el reclamo.

Paso 2: Revisamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediata.** Si nos llama por un reclamo, es posible que le demos una respuesta en el mismo llamado.
- **La mayoría de los reclamos recibirán respuesta en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le daremos automáticamente un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo rápido, significa que le **responderemos en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte ni con la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 11.4	También puede presentar reclamos por la calidad de la atención ante la organización para el mejoramiento de la calidad
---------------------	---

Cuando su reclamo es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la organización para el mejoramiento de la calidad.** La organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) es un grupo de médicos y otros expertos en salud a quienes paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.
- O
- **Puede hacer su reclamo ante nosotros y la organización para el mejoramiento de la calidad simultáneamente.**

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo**

Puede presentar un reclamo sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE AHCCCS (MEDICAID)**SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)****Proceso de apelaciones y audiencias justas de Medicaid - Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS)****Proceso del miembro para presentar una queja formal o una apelación**

Los miembros inscritos deben comunicarse con el Departamento de Apelaciones y Quejas de su plan de salud o llamar a la línea de Atención al Cliente de su plan de salud. También encontrará instrucciones detalladas para presentar quejas y apelaciones en el manual para miembros que proporciona el plan de salud.

Lista de planes de salud del AHCCCS

<https://azweb.statemedicaid.us/HealthPlanLinksNet/HPLinks.aspx>

Tiempo para resolver asuntos

El plan de salud puede responder preguntas sobre el tiempo que llevará resolver la apelación.

Solicitud de una apelación acelerada

Se puede solicitar una apelación acelerada si el miembro o el médico consideran que la salud de la persona estará en grave peligro (daños graves a la vida, a la salud o a la capacidad para lograr, mantener o recuperar el funcionamiento máximo) si se espera 30 días para una decisión del plan de salud. Si la apelación se acelera, el plan de salud debe resolver la apelación en un plazo de tres días hábiles, a falta de una prórroga.

Continuación de servicios durante una apelación

Los miembros que actualmente reciben servicios o beneficios pueden seguir recibéndolos durante el proceso de apelación. Si los servicios se redujeron, suspendieron o finalizaron, se puede solicitar seguir recibiendo los servicios durante la apelación.

La apelación se debe presentar antes del día en que la reducción, la suspensión o la finalización entren en vigencia. Si transcurren menos de 10 días entre la fecha del aviso y la fecha de vigencia que aparece en el aviso, la solicitud de continuación de los servicios debe presentarse en

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso. Si se rechaza la apelación, es posible que el miembro deba pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Para obtener más información, comuníquese con el plan de salud o llame a la Oficina de Servicios Legales Administrativos.

Dentro del condado de Maricopa, llame al **1-602-417-4232**.

En todo el estado: **1-800-654-8713 ext. 74232**

Solicite una audiencia (después de una apelación desfavorable).

Si el miembro no está de acuerdo con la decisión del plan de salud después de la apelación, se puede solicitar una audiencia estatal justa. (Se realiza una audiencia estatal justa cuando la apelación se presenta antes un juez de derecho administrativo).

La decisión del plan de salud con respecto a una queja es definitiva.

Proceso de audiencias justas y apelaciones de BCBSAZ Health Choice (Medicaid)

Proceso de apelaciones y audiencia estatal justa: derecho del miembro a solicitar una apelación de una acción adversa

BCBSAZ Health Choice puede denegar servicios que su médico solicite. BCBSAZ Health Choice también puede limitar o suspender la atención que aprobó anteriormente. Si esto sucede, recibirá una carta de BCBSAZ Health Choice llamada “aviso de acción”. En el aviso de acción (NOA), se indicarán los motivos de la decisión de BCBSAZ Health Choice. BCBSAZ Health Choice le informará la ley, el reglamento o la política que se usó para tomar la decisión y la fecha en que BCBSAZ Health Choice tomó dicha decisión. En el aviso de acción, se explicará cómo puede pedirle a BCBSAZ Health Choice que revise la decisión. Esta revisión se conoce como Apelación. En el aviso de acción, se explicará cómo continuar obteniendo atención durante el proceso de apelaciones. En este aviso, también se explicará que, si pierde la apelación, tendrá que pagar por la atención que recibió durante el proceso de apelación. Antes de presentar una apelación, consulte con el médico, ya que este puede tener un plan de atención diferente que podría estar cubierto.

Solicitud de una apelación

Puede solicitar una apelación si recibe un aviso de acción. Puede solicitar la apelación llamando a BCBSAZ Health Choice al **1-480-968-6866** (en el condado de Maricopa) o al **1-800-322-8670 (TTY 711)** (fuera del condado de Maricopa) o escribiendo una carta a BCBSAZ Health Choice. Su carta de apelación se debe enviar directamente a BCBSAZ Health Choice. No envíe su apelación al AHCCCS (Medicaid). Una apelación se debe enviar a BCBSAZ Health Choice en un plazo de 60 días a partir de la fecha que se menciona en el aviso de acción.

BCBSAZ Health Choice tiene 5 (cinco) días hábiles para enviarle una carta en la que se informe que recibieron su apelación. Antes de que BCBSAZ Health Choice tome una decisión sobre la

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

apelación, puede enviarnos más información sobre su atención. También puede revisar toda la documentación que BCBSAZ Health Choice usó para tomar su decisión en cualquier momento durante el proceso de apelación.

Uso de representante

Si no puede presentar una apelación por su cuenta, tiene derecho a que otra persona la presente por usted. Esta persona se llama “representante”. Si desea que un representante (como un familiar, amigo, miembro del clero o incluso su médico) lo ayude con su apelación, debe informar a BCBSAZ Health Choice que permite que lo ayuden enviándonos una carta en la que se nos informe que usted quiere permitir que su representante presente la apelación en nombre de usted. Envíe la carta por correo a la siguiente dirección: **BCBSAZ Health Choice**, Attention: Member Appeals, 410 N. 44th St, Ste. 900 Phoenix, AZ 85008. Teléfono dentro del condado de Maricopa: **1-480-968-6866**, TTY **711** Teléfono fuera del condado de Maricopa: **1-800-322-8670**, TTY **711**.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en el plan

La cancelación de su membresía de BCBSAZ Health Choice Pathway puede ser **voluntaria** (decisión propia) o **involuntaria** (no es decisión propia):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* abandonarlo. En los Capítulos 2 y 3, se proporciona información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También se establecen ciertas situaciones limitadas en que usted no opta por cancelar su membresía, pero estamos obligados a cancelarla. En la Sección 5, se informan las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe seguir proporcionando su atención médica y medicamentos de venta con receta y usted seguirá pagando sus costos compartidos hasta que finalice la membresía.

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

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y AHCCCS (Medicaid)
--

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante determinados momentos del año. Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan distinto una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiarse a otro plan. No puede usar este período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. En la Sección 2.2 se ofrece más información sobre el período de inscripción anual.

- Elija de entre cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos de venta con receta
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado.

- Original Medicare sin un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar un recargo por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para obtener información sobre sus opciones de planes de AHCCCS (Medicaid) (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finaliza el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su membresía al nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como “período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise la cobertura de salud y medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción abierta anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su actual cobertura o modificarla para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos de venta con receta
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado

O bien,

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1.º de enero.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por ser excluido de la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar un recargo por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a la cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de salud de Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos de venta con receta.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado y en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan de Medicare Advantage diferente o recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, usted puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como “**período de inscripción especial**”.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente cuando se muda.
- Si tiene AHCCCS (Medicaid).
- Si es elegible para Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos de venta con receta de Medicare.

- Si violamos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Nota: Si participa en un programa de control de medicamentos, no podrá cambiarse de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se proporciona más información sobre los programas de control de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1, se ofrece más información sobre el período de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid).

- **Los períodos de inscripción varían** de acuerdo con su situación.
- **Para averiguar si usted es elegible 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 cumple con los requisitos para terminar su afiliación, a causa de una situación especial, puede escoger cambiar su cobertura de salud y cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Medicare. Puede optar por lo siguiente:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos de venta con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado

O bien,

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar un recargo por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por ser excluido de la inscripción automática.

Su membresía generalmente finaliza el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, se ofrece más información sobre el período de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid) y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la finalización de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede encontrar esta información en el manual *Medicare y usted 2023*.
- Comuníquese 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 puede finalizar su membresía en nuestro plan?

En la siguiente tabla, se explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Se cancelará automáticamente su inscripción de BCBSAZ Health Choice Pathway cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado	• Afiliarse al nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Se cancelará su inscripción automáticamente de BCBSAZ Health Choice Pathway cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado. ○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por ser excluido de la inscripción automática. ○ Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar un recargo por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. • Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción de BCBSAZ Health Choice Pathway cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar un recargo por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS), comuníquese con el programa AHCCCS (Medicaid) llamando al **1-855-HEA-PLUS o al 1-855-432-7587 TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afecta la forma de obtener su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 4 Debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Hasta que finalice su membresía de BCBSAZ Health Choice Pathway y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos de venta con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando las farmacias de nuestra red *o los pedidos por correo* para surtir sus medicamentos de venta con receta.**
- **Si lo internan el día en que finaliza su membresía, estará cubierto por el plan hasta que reciba el alta** (aunque le den de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 BCBSAZ Health Choice Pathway debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
--

BCBSAZ Health Choice Pathway debe finalizar su membresía en el plan si ocurre algo de lo siguiente:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para AHCCCS (Medicaid). Según se detalla en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). Si usted ya no cumple con los requisitos de elegibilidad especial, se considera una cancelación involuntaria de la inscripción. Los miembros del plan deben mantener la elegibilidad para Medicare y AHCCCS (Medicaid) para permanecer en el plan. Debemos notificarle por escrito que tiene un período de gracia de 6 meses para recuperar su elegibilidad antes de que se cancele su inscripción.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se va a mudar o viajar está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos de venta con receta.
- Si intencionalmente entrega información incorrecta cuando se inscribe en el plan y esta información afecta los requisitos que debe cumplir para el plan. (No podemos hacerlo abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera problemática y dificulta nuestra capacidad para entregar atención médica a usted y a otros afiliados al plan. (No podemos hacerlo abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).

Capítulo 10 Cancelación de su membresía del plan

- Si permite que alguien más use su tarjeta de membresía en el plan para obtener atención médica. (No podemos hacerlo abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta causa, Medicare podrá someter su caso a investigación por el Inspector General.
- Si se le solicita pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará 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 al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

BCBSAZ Health Choice Pathway no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le pide abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a 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 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía a nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo por nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. También pueden regir otras leyes Federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por razones de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, 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, incluido 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, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos Federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene dudas sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene algún reclamo, como un problema con acceso para silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros lo puede ayudar.

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género). BCBSAZ Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género).

BCBSAZ Health Choice Pathway: Proporciona ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Capítulo 11 Avisos legales

Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la siguiente institución: BCBSAZ Health Choice Pathway **Dirección:** 410 N. 44th Street, Ste. 900 Phoenix, AZ 85008 **Teléfono:** 1-800-656-8991 **Fax:** 480-760-4739 **TTY:** 711 **Correo electrónico:** HCHComments@azblue.com.

Si usted cree que BCBSAZ Health Choice Pathway no le proporcionó estos servicios o lo discriminaron de algún modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico ante la siguiente institución: BCBSAZ Health Choice Pathway **Dirección:** 410 N. 44th Street, Ste. 900 Phoenix, AZ 85008 **Teléfono:** 1-800-656-8991 **Fax:** 480-760-4739 **TTY:** 711 **Correo electrónico:** HCH.GrievanceForms@azblue.com.

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el administrador de quejas/coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o teléfono a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos derecho y responsabilidad de recolectar para los servicios de Medicare de los cuáles no es pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en el título 42, partes 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), BCBSAZ Health Choice Pathway, al igual que la Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los de la Secretaría según las regulaciones de CMS en los incisos del B al D de la parte 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley vigente del estado.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que usted hace si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos de venta con receta, o del pago por servicios o medicamentos ya recibidos. También puede realizar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de terminar los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En planes que limitan qué médicos y hospitales se pueden usar, también suele ser el área donde puede obtener atención de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención a domicilio: una persona que presta servicios que no requieren los conocimientos de un enfermero o terapeuta licenciado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Atención de emergencia: los servicios cubiertos son los siguientes: (1) aquellos servicios proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y (2) los servicios necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Atención de un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención en un centro de enfermería especializada y rehabilitación provistos de manera continua, diariamente en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas, que solo pueden administrarlas un enfermero titulado o un médico.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la lista de medicamentos.

Ayuda Adicional: un programa estatal o de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos de venta con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Cancelación de inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Cargo por despacho: cargo generado cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento de venta con receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento de venta con receta.

Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF): es un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que han sufrido una enfermedad o lesión, y ofrece servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan ser hospitalizados y quienes se espera que no permanezcan en el centro durante más de 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta: cobertura de medicamentos de venta con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos de venta con receta. Los beneficiarios de este tipo de cobertura cuando califican para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar un recargo, si deciden suscribirse en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudarlo a pagar los medicamentos de venta con receta como paciente ambulatorio, vacunas, medicamentos de origen biológico y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: es un monto que probablemente usted deba pagar como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta, una visita ambulatoria en hospital o un medicamento de venta con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) a diferencia de un porcentaje.

Coseguro: un monto que probablemente usted deba pagar, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como la parte que le corresponde del costo por servicios o medicamentos de venta con receta después de pagar los deducibles.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a los montos que debe pagar un miembro cuando recibe medicamentos o servicios. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). La coparticipación incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan puede determinar para recibir medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier monto de coseguro que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan determine para medicamentos o servicios específicos.

Cuidado de custodia: es la atención personal que se presta en un centro de cuidados, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no se necesite atención médica o de enfermería especializadas. El cuidado de custodia es el que pueden brindar personas que no tienen capacitación ni conocimientos profesionales, como ayuda en actividades diarias, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o levantarse de una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir un tipo de cuidado relacionado con la salud y que la mayoría de las personas hace por ellas mismas como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por estos cuidados de custodia.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cuidados paliativos: un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que su expectativa de vida es de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas, continuará siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, además de los beneficios complementarios que ofrecemos.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica o medicamentos de venta con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Departamento de Servicios para Miembros: es el departamento dentro del plan que tiene la responsabilidad de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento de venta con receta está cubierto por el plan y el monto, si lo hay, que debe pagar por el medicamento de venta con receta. En general si trae su receta a la farmacia y en la farmacia le indican que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto dinero tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: los dispositivos médicos incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos que se necesitan para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, lo que incluye suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Doble elegibilidad individual: una persona que califica para una cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Emergencia: una emergencia médica es una situación en la que usted, o cualquier persona prudente no especializada que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, sospecha que tiene síntomas que requieren de atención médica inmediata para evitar perder su vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o de sus funciones, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión grave, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico indicado por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas para su uso en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa de beneficios para medicamentos de la Parte D en la que usted no paga ningún copago o coseguro, o paga poco, por sus medicamentos después de que usted y otras partes calificadas que actúan en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa anterior a que el total de sus costos por medicamentos, incluidos los montos que usted pagó y lo que pagó su plan en su nombre O los gastos de bolsillo para el año alcanzaron alcanzado los \$4,660 o \$7,400.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con su formulario de inscripción, y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura y qué debemos hacer, sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, permite que usted obtenga un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o que reciba un medicamento no preferido en un nivel inferior de costo compartido (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (una excepción del formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más del monto de gastos compartidos permitido por el plan. Como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway, usted solo tiene que pagar nuestros montos de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores facturen saldos o le cobren más del monto de costos compartidos que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en el que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos de venta con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si las recetas se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos de venta con receta a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de “costos compartidos”. El requisito de costo compartido de un afiliado para pagar parte de los servicios o medicamentos recibidos, también es denominado como requisito de costos en efectivo de los miembros.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: uso de un fármaco que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): beneficio mensual que se paga mediante la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidad, ceguera o son mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período específico.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos de venta con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (AHCCCS o asistencia médica): programa mixto federal y estatal que ayuda a algunas personas de bajos ingresos y con recursos limitados a pagar los costos médicos. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos por atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca: medicamento de venta con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca comercial tienen una fórmula con el mismo ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, son otros fabricantes de medicamentos quienes fabrican y venden los medicamentos genéricos y habitualmente no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca comercial.

Medicamento genérico: un medicamento de venta con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona de la misma manera que un medicamento de marca, pero normalmente es más barato.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a los medicamentos de venta con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó algunas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicare: es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción se confirmó mediante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto ajustado mensualmente, relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, como figuran en su declaración de la renta ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, superan un determinado monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto ajustado mensualmente, relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, de modo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Monto máximo de gastos de bolsillo: la mayoría de lo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos de las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos de venta con receta no se consideran para el monto máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no será responsable de pagar gastos de bolsillo del monto máximo de gasto de bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (**Nota:** Como nuestros miembros también obtienen ayuda de AHCCCS [Medicaid], muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de desembolso).

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

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y a quienes paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o “Medicare con cargo por servicio”): el gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos de venta con receta. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos en el pago de los médicos, hospitales y otros montos de pago a proveedores de atención de salud establecidos por el Congreso. 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 del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare consta de dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Parte C: consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

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

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted haya dejado de recibir atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si va al hospital o a un establecimiento de enfermería especializada después de finalizado el período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización por cada período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1.º de enero al 31 de marzo en 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 en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado y 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 sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período durante el cual se puede inscribir para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales de atención de enfermedades crónicas (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción de personas con necesidades especiales y con enfermedades crónicas específicas graves o incapacitantes, definidas en el título 42, parte 422.2 del CFR. Un C-SNP debe tener atributos específicos que superen la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere en todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage para recibir la designación especial, adaptaciones de comercialización e inscripción que se ofrecen a los C-SNP.

Plan de necesidades especiales institucional (SNP): un plan que inscribe a las personas elegibles que viven continuamente, o se espera que vivan por 90 días o más, en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir 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 psiquiátrico para pacientes internados y/o centros aprobados por los CMS que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un contrato con centros LTC específicos (o propio y administrado).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de atención institucional

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

de acuerdo con la evaluación del estado. La evaluación debe ser realizada usando el mismo nivel de herramienta de evaluación de atención del Estado, y ser administrada por una institución distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede limitar la inscripción a individuos que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) si es necesario para asegurar la entrega uniforme de atención especializada.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial del plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para un grupo específico de personas, como las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en un centro de cuidados, o que tienen afecciones crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por un monto específico de dinero. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. La distribución de costos para el afiliado será generalmente mayor cuando los beneficios del plan se reciben de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos en efectivo por los servicios recibidos de los proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite más alto para los costos en efectivo combinados por los servicios tanto de los proveedores dentro de la red (preferidos), como de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare se ofrece a una empresa privada que celebra contratos con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, programas piloto y de demostración y Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces, se denomina “Parte C de Medicare”. Un plan ofrecido por una empresa privada que celebra contratos con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan i) HMO, ii) PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro médico de Medicare (MSA). Además de elegir de entre estos tipos de planes, un HMO de Medicare Advantage o un plan PPO también pueden ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos de venta con receta). Estos planes se denominan “**Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos de venta con receta**”.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una organización de mantenimiento de la salud (HMO) o un plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos que se rige por la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas débiles, para ayudar a las personas a conservar su independencia y seguir viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) por el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y los de AHCCCS (Medicaid) a través del plan.

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

Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare): un seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar “vacíos” en Original Medicare. Las políticas Medigap solo se aplican para Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

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

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

Programa de descuento para falta de cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de falta de cobertura y no reciban Ayuda Adicional. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica licenciados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman “proveedores del plan”.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tienen contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni son propiedad de nuestro plan ni están operados por este.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluye un reclamo con respecto a la calidad de la atención. No involucra cobertura ni disputas de pago.

Recargo por inscripción tardía de la Parte D: monto añadido a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura

que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que una cobertura de medicamentos de venta con receta estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que usted sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto al recargo por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta.

Reclamo: el nombre formal que se le da a la realización de un reclamo es “presentación de una queja”. El proceso de reclamos se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Como problemas relacionados a la calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. También incluye reclamos si su plan no cumple los períodos en el proceso de apelación.

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 cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, por ejemplo, atención dental, de la vista o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para designar a todos los servicios y suministros para atención médica que están cubiertos por el plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios urgentes: son servicios cubiertos que no son de emergencia, y se proporcionan cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no se puede acceder a ellos, o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y necesarios por razones médicas.

Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS): la agencia de Medicaid de Arizona que ofrece programas de atención médica para atender a los residentes de Arizona. Las personas deben cumplir ciertos requisitos de ingresos y otros requisitos para obtener los servicios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Adicional.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días de un suministro de un mes. El siguiente es un ejemplo: Si su copago para un mes completo de su medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan equivale a 30 días, su tasa de costo compartido diario es de \$1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

BCBSAZ Health Choice Pathway Departamento de Servicios para Miembros

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
Teléfono	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de intérprete gratuito para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
Dirección	BCBSAZ Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072 HCHComments@azblue.com
Sitio Web	HealthChoicePathway.com

Arizona State Health Insurance and Assistance Program (Arizona SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal con fondos del gobierno Federal que ofrece asesoramiento gratuito local de seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-432-4040 o 602-542-4446
Dirección	Programa de Asistencia y Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona) 1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007
Sitio Web	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites: De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados 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.