

2024

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

**Health
Choice**

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Este documento le brinda los detalles sobre su atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre el documento, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al 1-800-656-8991. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

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

Este documento está disponible sin cargo en español. Esta información también está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima del plan y los costos compartidos.
- Los beneficios médicos y de medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Por el presente, 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 por intermedio de 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 utilizar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en Arizona. BCBSAZ Health Choice no cuenta con un contrato como agente de la Asociación. Usted no ha celebrado este Acuerdo en función de las declaraciones de ninguna persona que no sea BCBSAZ Health Choice. Ninguna persona, entidad ni organización que no sea BCBSAZ Health Choice será responsable de ninguna de las obligaciones de BCBSAZ Health Choice respecto de usted creadas en virtud de este Acuerdo. Este párrafo no creará obligaciones adicionales de ningún tipo por parte de BCBSAZ Health Choice que no sean aquellas obligaciones creadas según otras disposiciones de este acuerdo.

Evidencia de cobertura 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de BCBSAZ Health Choice Pathway	13
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual	16
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	19
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	21
SECCIÓN 1 Contactos de BCBSAZ Health Choice Pathway (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)	22
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	29
SECCIÓN 5 Seguro Social	31
SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid).....	32
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....	34
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	36
SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona	37
CAPÍTULO 3: <i>Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	38
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	39
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios	41
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesita recibir atención urgente o durante un desastre	46

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?	49
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	50
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención médica en una institución no médica religiosa	52
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	53
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)</i>	55
SECCIÓN 1	Entender los servicios cubiertos	56
SECCIÓN 2	Consulte la tabla de beneficios médicos para determinar qué se encuentra cubierto	57
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de BCBSAZ Health Choice Pathway?	121
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	122
CAPÍTULO 5:	<i>Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	128
SECCIÓN 1	Introducción	129
SECCIÓN 2	Adquiera sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	130
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan	134
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	137
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si alguno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?	138
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	141
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	144
SECCIÓN 8	Surtir una receta	145
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	146
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y manejo de medicamentos	148
SECCIÓN 11	Le enviamos informes con una descripción de los pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	151

CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	153
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	155
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos	156
SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió	158
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	159
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	161
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	162
SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan.....	163
SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	176
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	178
SECCIÓN 1 Introducción	179
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	180
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	183
SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	184
SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	185
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	189
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	199
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos una hospitalización más prolongada si considera que le dan el alta demasiado pronto	210
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	218
SECCIÓN 10Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles más avanzados	225

SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas	229
SECCIÓN 12	Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid).....	232
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	235
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan	236
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	236
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	240
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	242
SECCIÓN 5	BCBSAZ Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos	242
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	245
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes aplicables	246
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	246
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	248
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	249

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted está cubierto tanto por Medicare como por el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (Medicaid):

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- El **Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (Medicaid)** es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de AHCCCS (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con AHCCCS (Medicaid) reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, BCBSAZ Health Choice Pathway. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

BCBSAZ Health Choice Pathway es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para 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 personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid).

Debido a que usted recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid) con sus costos compartidos de Medicare Parte A y B (copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. BCBSAZ Health Choice Pathway le ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de atención médica y la asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

BCBSAZ Health Choice Pathway es administrado por una compañía privada. Como todos los planes de Medicare Advantage, este plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Arizona (AHCCCS) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

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 Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS): www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2	¿De qué trata el documento de <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	---

En este documento de *Evidencia de cobertura* se explica cómo recibir atención médica y medicamentos recetados de Medicare. Se explican también sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway.

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si tiene alguna duda, preocupación o pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BCBSAZ Health Choice Pathway cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos en ocasiones se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway después del 31 de diciembre de 2024. Además, después del 31 de diciembre de 2024, podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar BCBSAZ Health Choice Pathway cada año. Cada año puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con lo siguiente:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- -- Y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3 se describe nuestra 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 ciudadano de los Estados Unidos o reside legalmente en los Estados Unidos.
- -- Y -- cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de AHCCCS (Medicaid). (Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para recibir los beneficios de Medicare y AHCCCS (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad pero puede esperarse, razonablemente, que la recupere dentro de los 6 meses siguientes, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se detallan la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad que se considera continua).

Sección 2.2 ¿Qué es AHCCCS (Medicaid)?

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con 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 administran su programa, siempre que sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “programas de ahorro de Medicare” (Medicare Savings Programs) 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 la Parte A y la Parte B de Medicare y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de la Parte B.
- **Beneficiario con doble elegibilidad y beneficios completos (FBDE)** (también conocido como no QMB Dual): La persona que tiene derecho a Medicare y se determina que es elegible para los beneficios de AHCCCS (Medicaid) Acute o del Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS), pero que no cumple con los criterios de ingreso 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 BCBSAZ Health Choice Pathway

BCBSAZ Health Choice Pathway solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se indica 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) se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico 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 y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o residencia legal en los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BCBSAZ Health Choice Pathway si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. BCBSAZ Health Choice Pathway deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor de atención médica su tarjeta AHCCCS (Medicaid). A continuación le presentamos un modelo de tarjeta de membresía que se ve como la suya:

				HealthChoicePathway.com
<hr/>		<hr/>		Member Services:
Member:	RxBIN:	004336		1-800-656-8991, TTY: 711
John Q Sample	RxPCN:	MEDDADV		24/7 Nurse Advice Line:
ID #: MZHHC1234567	RxGRP:	RX8748		1-888-267-9037
<hr/>		<hr/>		Pharmacy Help Desk:
Health Plan Name:	Health Plan:	(80840)		1-866-693-4620
BCBSAZ Health Choice Pathway	Plan ID:	H5587-002		Pharmacy Prior Auth and
(HMO D-SNP)				Appeals Fax: 1-877-424-5690
<hr/>		<hr/>		Crisis Hotline: 1-844-534-4673
<hr/>		<hr/>		
				<hr/>
		<p>Providers outside of Arizona should file all claims to the local Blue Cross and Blue Shield Plan in whose service area the member received services.</p>		Benefits are limited to emergent care outside of Arizona.

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:

 BlueCross BlueShield Arizona <small>An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association</small>	 Health Choice	 AHCCCS <small>Arizona Health Care Cost Containment System</small>	 BlueCross BlueShield Arizona <small>An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association</small>	 Health Choice	HealthChoicePathway.com Member Services: 1-800-656-8991, TTY: 711 24/7 Nurse Advice Line: 1-888-267-9037 Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620 Pharmacy Prior Auth and Appeals Fax: 1-877-424-5690
Member: John Q Sample HCP ID #: MZHHC1234567 AHCCCS ID #: HCIA12345678	RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX8748 Health Plan: (80840) Plan ID: H5587-002	Arizona providers send medical claims to: BCBSAZ Health Choice Pathway PO Box 52033 Phoenix, AZ 85072-2033	Member Services: 1-800-656-8991 Crisis Hotline: 1-844-534-4673	Providers outside of Arizona should file all claims to the local Blue Cross and Blue Shield Plan in whose service area the member received services.	Benefits are limited to emergent care outside of Arizona.
 					

NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de BCBSAZ Health Choice Pathway, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita recibir servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados “ensayos clínicos”.

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* contiene los proveedores de nuestra red actual. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe acudir a los proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

en los que BCBSAZ Health Choice Pathway autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web, en **www.healthchoicepathway.com**.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla al Departamento de Servicios para Miembros. Las solicitudes de copias impresas del *Directorio de proveedores* se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* contiene las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer los casos en que puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Se suele abreviar como la “Lista de medicamentos”. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BCBSAZ Health Choice Pathway. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de BCBSAZ Health Choice Pathway.

La “Lista de medicamentos” también le informa si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Recibirá 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 de BCBSAZ Health Choice Pathway

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1).
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2).
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3).
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4).
- Monto mensual ajustado en función de los ingresos (Sección 4.5).

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser inferior.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El programa “Ayuda Adicional” brinda asistencia a las personas con recursos limitados para pagar sus medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre este programa. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de la presente *Evidencia de cobertura* no se aplique a su caso**. Le hemos enviado un documento aparte, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional de LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren según el ingreso. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2024*, en la sección denominada *Costos de Medicare 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla de la página web de Medicare (www.medicare.gov). O 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, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de BCBSAZ Health Choice Pathway es de \$0 o \$43.20. Es posible que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de BCBSAZ Health Choice Pathway, AHCCCS (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si AHCCCS (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima para la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no reúnen los requisitos para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Dado que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP) no se le aplica mientras mantenga su condición de doblemente elegible; pero si pierde dicha condición, puede generarse una LEP. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que deberá pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Una cobertura de medicamentos recetados acreditable es aquella que cumple con las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Todos los años, su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le comunicarán si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información puede enviársele por carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- **Nota:** En cualquier aviso, debe constar que tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague lo mismo que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* se consideran coberturas de medicamentos recetados acreditables: las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Primero, cuente el número de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando ya cumplía con los requisitos para hacerlo. O bien cuente el número de meses completos que no tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Posteriormente, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego redondee la cifra hasta los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14 % por \$34.70, lo que equivale a \$4.86. Se redondea a \$4.90. Este monto se sumaría **a la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tener en cuenta respecto de esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Y en tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D tendrá como base solo los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para ingresar en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en

la cual se le indique que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya pagaba una multa antes de sumarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual en función de los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un recargo, conocido como “monto de ajuste mensual en función de los ingresos de la Parte D” (o IRMAA). Este cargo adicional se calcula a partir de los ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a una determinada cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Si desea obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de 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 para informarle cuál será esa cantidad adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo suela pagar la prima del plan, a menos que el beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al Gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de los medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**).

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Puede pagar la prima de su plan de varias maneras

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

Para cambiar el modo de pago de la prima, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY **711**) de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Opción 1: Pago con cheque

Puede pagar su prima con cheque. Podemos ayudarlo a organizar sus pagos mediante una programación mensual. El cheque debe emitirse a nombre de BCBSAZ Health Choice Pathway (y no a CMS ni HHS) y debe enviarse por correo postal a: BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Member Services P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072.

Debemos recibir el cheque antes del día 10 del mes. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Opción 2: Deducción de la prima del cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma de pago de la prima. Si decide cambiar la opción por la cual paga su prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en implementarse. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague de forma oportuna. Para cambiar la forma de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 (TTY 711)** de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

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

El pago de la prima del plan debe efectuarse en nuestra oficina antes del día 10 del mes. Si no hemos recibido el pago antes del día 10 del mes, le enviaremos un aviso en el cual se le informará que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de la prima en un plazo de 30 días.

Si tiene problemas para pagar su prima de forma oportuna, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de determinar si podemos derivarlo a programas que lo ayuden a pagar la prima de su plan.

Si finalizamos su membresía porque no pagó la prima de su plan, tendrá la cobertura de salud de Original Medicare. Mientras reciba “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de medicamentos recetados, continuará teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Si cree que hemos cancelado la membresía injustamente, puede presentar una queja (también denominada “reclamo”); consulte el Capítulo 9 para conocer cómo presentar una queja. Si tuvo un caso de emergencia que estaba fuera de su control y esta fue la causa por la cual no pudo pagar sus primas durante nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de que haya una queja, volveremos a revisar nuestra decisión. En la Sección 11 del Capítulo 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja; o puede llamarnos al **1-800-656-8991** de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No podemos cambiar el monto que le cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia al año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si reúne los requisitos para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para la “Ayuda Adicional” con el costo de los medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar el total de su prima mensual. Encontrará más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 **Mantener actualizado su registro de membresía del plan**

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus costos compartidos.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber si ocurren los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o AHCCCS [Medicaid]).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ha sido admitido en una residencia para ancianos y convalecientes.
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (como un cuidador).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se mencione cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que sea de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

Cuando usted cuenta con otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si debe pagar primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si cuenta con cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si tiene Medicare en función de la edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses una vez que sea elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

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

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

Para obtener asistencia relacionada con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, 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
LLAME AL	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 (excepto los días festivos). El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. 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 (excepto los días festivos).
ESCRIBA A	BCBSAZ Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072 <u>HCHComments@azblue.com</u>
SITIO WEB	<u>http://www.healthchoicepathway.com/</u>

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o apelarla

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 recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o realizar apelaciones sobre su atención médica o en cuanto a sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica o sobre medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	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 (excepto los días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. 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 (excepto los días festivos).
FAX	1-480-760-4739 para atención médica 1-877-424-5690 para medicamentos recetados de la Parte D
ESCRIBA A	BCBSAZ Health Choice Pathway 8220 N. 23rd Ave. Phoenix, AZ 85021
SITIO WEB	http://www.healthchoicepathway.com/

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no involucra disputas por pago o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	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 (excepto los días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. 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 (excepto los días festivos).
FAX	1-480-760-4739
ESCRIBA A	BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Resolution Center 8220 N. 23rd Ave. Phoenix, AZ 85021
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted considera que deberíamos pagar, cabe la posibilidad de que deba solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-656-8991 El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto los días festivos). Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. 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 (excepto los días festivos).
FAX	1-480-760-4708
ESCRIBA A	BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Reimbursement Services 8220 N. 23rd Ave. Phoenix, AZ 85021
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 médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

El organismo federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones denominados “CMS”). Este organismo tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias para ancianos y convalecientes, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros para 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 sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de los posibles gastos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre BCBSAZ Health Choice Pathway:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, vaya a http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web desde una de sus computadoras. O puede llamar a Medicare y preguntar sobre la información que está buscando. 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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del Gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona).

El SHIP de Arizona es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP de Arizona también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su ESTADO en la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona): información de contacto
LLAME AL	1-800-432-4040
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	DES Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson St (Site Code 950A) Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	<u>https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance</u>

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

Livanta, LLC cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que reciben los beneficiarios de Medicare. Livanta, LLC es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta, LLC *ante* cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que su cobertura por hospitalización finalizará demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad en Arizona): información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 El horario de atención es de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes; de 11.00 a. m. a 3:00 p. m., los sábados, domingos y días festivos.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	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 de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que ocasionó cambios de gran magnitud en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible 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 conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Método	Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (Programa Medicaid de Arizona): información de contacto
LLAME AL	1-855-HEA-PLUS 1-855-432-7587 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	<u>www.azahcccs.gov</u>

La Defensoría Ciudadana para el Programa del Defensor del Cliente del Estado de Arizona ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tengan problemas relacionados con el servicio o la facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o apelación sobre nuestro plan.

Método	Defensoría Ciudadana para el Programa del Defensor del Cliente del Estado de Arizona: información de contacto
LLAME AL	1-602-277-7292 Abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.
ESCRIBA A	Arizona Ombudsman - Citizen's Aide 2020 N Central Ave., Suite 570 Phoenix, AZ 85004
SITIO WEB	<u>www.azoca.gov</u>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

El Programa del Defensor del Cliente para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre residencias para ancianos y convalecientes y a resolver problemas entre las residencias para ancianos y convalecientes y los residentes o sus familias.

Método	Programa del Defensor del Cliente para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona: información de contacto
LLAME AL	<p>1-602-542-6454 Agencia de Área sobre el Envejecimiento, Región Uno, condado de Maricopa 1-602-264-2255</p> <p>Consejo del Norte de Arizona sobre el Envejecimiento (Northern Arizona Council on Aging), condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500</p> <p>Consejo del Oeste de Arizona sobre el Envejecimiento (Western Arizona Council on Aging), condados de Mohave, La Paz y Yuma 1-928-217-7114</p> <p>Consejo de Pinal-Gila para personas mayores, condados de Pinal y Gila 1-520-836-2758</p> <p>Organización de Gobiernos del Sureste de Arizona, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 1-520-432-2528</p> <p>Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Navajo, Nación Navajo 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432</p> <p>21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona 1-800-591-9370</p> <p>Abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.</p>
ESCRIBA A	<p>Office of the State Long Term Care Ombudsman Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson Ave, Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007</p>
SITIO WEB	<p><u>https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman</u></p>

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

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>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, y ya lo están recibiendo. Dado que usted es elegible para obtener Medicaid, reúne los requisitos para recibir, y efectivamente recibe, la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:

- **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.
- La oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando surte sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para que nos la proporcione.

- El beneficiario, el farmacéutico del beneficiario, su defensor, un representante, un miembro de la familia u otra persona que actúe en nombre del beneficiario puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). La documentación de evidencia se puede enviar por fax al **1-480-760-4635**, a la atención de: Medicare Operations-Best Available Evidence, o puede enviarse por correo a: BCBSAZ Health Choice Pathway, Attn: Medicare Operations-Best Available Evidence, P.O. Box 52033, Phoenix AZ 85072.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto al surtir su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por el copago, se lo reembolsaremos, ya sea enviándole un cheque por el monto de su pago en exceso o descontándolo de los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está

contabilizando su copago como una deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué pasa si usted cuenta con cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales para tratar el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados por medio del Departamento de Servicios de Salud (ADHS). En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud (ADHS) administra el ADAP. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre ellos un comprobante de residencia en el estado y del estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y pruebas de la condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al representante de inscripción local del ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. 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 al **1-800-334-1540**.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario (RRB) es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios y sus familias a nivel nacional. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios derivados de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con el organismo.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de atención automática de la RRB y a la información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	<u>rrb.gov/</u>

SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona

La Agencia de Área sobre el Envejecimiento (Area Agency on Aging, AAA) de Arizona es una agencia pública o sin fines de lucro que ayuda a las personas mayores de Arizona. Las AAA son elegidas por el estado para planificar y coordinar los servicios a nivel local.

Las AAA proporcionan servicios basados en el hogar y la comunidad, abogan por los adultos mayores y ofrecen información sobre programas, opciones y apoyos comunitarios.

Método	Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona: información de contacto
LLAME AL	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) 1-928-753-6247 (condado de Mohave)
SITIO WEB	<u>https://des.az.gov/services/older-adults/area-agency-on-aging-locations</u>

CAPÍTULO 3:

Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Se definen algunos términos y se explican las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, los servicios, los equipos, los medicamentos recetados y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica y los demás servicios que están cubiertos por nuestro plan, consulte la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le proporcionan a usted. Cuando usted visita a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios de atención médica que están cubiertos se detallan en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se describen en el Capítulo 5.

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

BCBSAZ Health Choice Pathway, como plan de salud de Medicare, debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios adicionales a los cubiertos por Original Medicare; consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Generalmente, BCBSAZ Health Choice Pathway cubrirá su atención médica siempre que:

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **La atención que reciba esté incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención médica que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le proporciona atención médica y supervisa su salud.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En algunas situaciones, nuestro plan debe darle su aprobación por adelantado antes de que usted pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina “derivación”. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No es necesario que su PCP lo derive a un especialista para recibir atención de emergencia ni servicios que se necesiten con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué involucran los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que la presten, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Es posible que necesite obtener una autorización previa de BCBSAZ Health Choice Pathway. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 de este capítulo.

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible de forma temporal. El costo compartido que paga al plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis podría ser mayor.

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

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

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un profesional calificado que cumple con los requisitos del estado de Arizona y cuyo objetivo es proporcionarle atención y tratamiento médicos esenciales. Una vez que se suma a nuestro plan, deberá seleccionar a un proveedor del plan como su PCP. Como se indica a continuación, su PCP será responsable de su atención médica habitual y básica. Además, el PCP podría supervisar otros servicios cubiertos que reciba como parte de nuestro plan, entre los que se incluyen los siguientes:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención por parte de médicos especialistas
- Hospitalización
- Atención de seguimiento

El proceso de coordinación de sus servicios implica revisar o analizar su atención con los proveedores del plan. Si necesita servicios o suministros cubiertos específicos, es posible que tenga que solicitar la aprobación previa de su PCP. De forma ocasional, es posible que su PCP también tenga que obtener nuestra autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

El PCP es una figura fundamental en su atención durante un período prolongado, por lo que resulta esencial que elija a alguien con quien se sienta a gusto. Para elegir a su PCP, puede consultar el *Directorio de proveedores* o visitar el sitio web de BCBSAZ Health Choice Pathway en www.healthchoicepathway.com y hacer clic en el enlace “Find a Doctor/Pharmacy” (Buscar médico/farmacia) en la parte superior de la página. Una vez que lo haya elegido, póngase en contacto con BCBSAZ Health Choice Pathway para informarnos el proveedor que ha seleccionado. Si no nos notifica su elección, BCBSAZ Health Choice Pathway le asignará un PCP cerca de su domicilio. Si desea cambiar de PCP en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros e indique el proveedor de la red que prefiere consultar (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Cambiar a su PCP

Puede cambiar a su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si usted cambia de PCP, esto puede tener como consecuencia que usted se limite a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP lo envíe.

Si desea cambiar de PCP, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. Es importante que comunique al Departamento de Servicios para Miembros si recibe otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP, como servicios de atención domiciliaria y equipos médicos duraderos. El Departamento de Servicios para Miembros se asegurará de que siga recibiendo la atención especializada y otros servicios que venía recibiendo antes de cambiar de PCP. También verificará si el PCP solicitado acepta actualmente nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros actualizará su registro de membresía con su nuevo PCP y le informará la fecha de entrada en vigor del cambio. Normalmente, este cambio entra en vigor inmediatamente después de recibir su solicitud.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin derivación de su PCP?
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se mencionan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, y se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles de forma temporal o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área.
- Servicios de atención de la visión y la audición cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway no proporcionados por Original Medicare.
- Los servicios de médicos especialistas, excepto para el manejo del dolor, requieren aprobación previa.

Sección 2.3	Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	--

Si su proveedor de atención primaria (PCP) le sugiere un tratamiento especializado, ese servicio podría requerir autorización previa. Excepto para el manejo del dolor, ya no necesita autorización previa ni derivación para consultar a un médico especialista. No obstante, la colaboración con su PCP para identificar al especialista adecuado para sus necesidades sigue siendo fundamental. Para seleccionar a un especialista de la red BCBSAZ Health Choice Pathway, visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com y haga clic en el enlace “Find a Doctor/Pharmacy” (Buscar médico/farmacia) en la parte superior de la página, o bien consulte nuestro *Directorio de proveedores*.

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Es posible que necesite obtener una aprobación, denominada “decisión de cobertura favorable”, por adelantado de parte de BCBSAZ Health Choice Pathway si el especialista que ha elegido no se encuentra dentro de la red del plan o si su especialista solicita un procedimiento médico. Este proceso se conoce como “obtención de una autorización previa”. Si prosigue sin obtener una autorización previa antes de

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

consultar a un especialista fuera de la red, es posible que sea responsable de cubrir los costos usted mismo. Si su proveedor tiene la intención de programar una cita, presentará una solicitud de autorización previa a nuestro plan para su evaluación y aprobación. La revisión de esta solicitud habitualmente demora algunos días hábiles. El consultorio de su PCP o el proveedor le notificarán el estado de aprobación de la solicitud de autorización previa. Si se rechaza la solicitud de su médico, nuestro plan le enviará un aviso de rechazo y le brindará información sobre sus derechos y la posibilidad de apelar.

Consulte la tabla de beneficios que se encuentra en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para las cuestiones que requieren autorización previa.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si usted cambia de PCP, esto puede tener como consecuencia que se limite a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP lo derive.

¿Qué sucede si un especialista o algún otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan en el transcurso del año. Si su médico o especialista abandona el plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede modificarse en el transcurso del año, Medicare nos exige que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento abandona el plan, se lo notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona el plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si recibe actualmente atención de él o si lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención médica.

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que recibe, y colaboraremos con usted para garantizarlo.
- Le brindaremos información sobre los distintos períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Tomaremos recaudos para ofrecer cualquier beneficio cubierto y médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requerirá autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos puesto a su disposición un proveedor calificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su atención no se administra adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

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

Aquí hay tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué involucran la atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- En los casos en los que la atención médica que necesite esté obligatoriamente cubierta por Medicare o AHCCCS (Medicaid), y los proveedores de nuestra red no puedan ofrecer dicha atención, tiene la opción de recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Sin embargo, en el caso de los proveedores fuera de la red, es necesario obtener una autorización, también conocida como “decisión de cobertura”. Tanto usted como su proveedor deben obtener la autorización antes de que se presten los servicios. En tales casos, ofreceremos una cobertura para estos servicios que será equivalente a la atención recibida de un proveedor de la red. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

[*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]) para obtener información sobre qué hacer si desea obtener una autorización (una decisión de cobertura) de nuestra parte.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesita recibir atención urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** tiene lugar cuando usted, o cualquier otra persona con criterio prudente y conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, en caso de estar embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

En caso de tener una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga una aprobación o una derivación de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que cuente con la licencia estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. La información de contacto de BCBSAZ Health Choice Pathway se encuentra en la contraportada de este manual y en el reverso de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué está cubierto en caso de tener una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. No cuenta con cobertura fuera de los EE. UU., salvo en circunstancias limitadas.

Los médicos que le proporcionan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y se planifique la atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera como servicios requeridos urgentemente y usted sigue las normas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Recibir atención cuando necesita servicios de urgencia**¿Qué son los servicios que se necesitan con urgencia?**

Un servicio que se necesita con urgencia es una situación que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son i) dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) brote imprevisto de una enfermedad conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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

Siempre que sea posible, se recomienda acudir a los proveedores de la red en caso de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos temporalmente y no es posible esperar a recibir atención de un proveedor de la red, cubriremos los servicios que se necesiten con urgencia y que reciba de un proveedor fuera de la red.

También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería al **1-888-267-9037**, los 7 días de la semana, las 24 horas del día.

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios que se necesiten con urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Recibir atención médica durante un desastre

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

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

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener asistencia de proveedores fuera de la red por un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 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 los servicios cubiertos

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

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

BCBSAZ Health Choice Pathway cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se mencionan en la tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y se obtienen de conformidad con las normas del plan. Usted es responsable de cubrir el costo completo de los servicios que no cubre el plan, ya sea porque no están incluidos en los servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red sin autorización. Antes de pagar el costo de los servicios, se recomienda verificar si AHCCCS (Medicaid) cubre el servicio en particular.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de un servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntar sobre su cobertura antes de proceder. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos un servicio en particular, tiene el derecho a impugnar nuestra decisión y apelar la decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que pague por los costos una vez alcanzado el límite de beneficios no se tendrá en cuenta para el máximo de bolsillo. Por ejemplo, si

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

recibe atención en un centro de enfermería especializada después de que el pago del plan alcance el límite de beneficios, es posible que tenga que cubrir el costo total. Una vez agotado el límite de beneficios, no se incluirá en el monto máximo de bolsillo anual ningún otro pago por el servicio. Si desea conocer cuánto se ha utilizado de su límite de beneficios, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus 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 llamado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica. Por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en él.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted manifieste su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en dicho estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de dicho ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. No obstante, deberá presentar documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le proporcionan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no abarca los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa y otras normas del plan.

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica que se encuentra cubierto para los miembros de Medicare Advantage por Original Medicare, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos cubiertos por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare o nuestro plan *no* han aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos relacionados con su participación en el estudio.*

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?
--------------------	--

Una vez que usted se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que usted reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida durante la hospitalización, que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en un estudio clínico.
- Una cirugía u otro procedimiento médico en caso de ser parte del estudio de investigación clínica.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones derivados de la nueva atención médica.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como en el caso de todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio incluso si usted no estuviera participando en un estudio clínico.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no son utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio clínico si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y pruebas clínicas*. (La publicación se encuentra disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

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

Una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud es un centro que provee atención para una afección médica que normalmente se trataría en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para la atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

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

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

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

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud debe cumplir con 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 *no religiosos* de la atención.

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si recibe los servicios de esta institución en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención médica en un hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - – y – Debe obtener aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

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

Sección 7.1	¿Usted será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias que un proveedor solicita para uso domiciliario. Determinados elementos, como los dispositivos protésicos, siempre son propiedad del miembro. En esta sección, mencionaremos otros tipos de DME que se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway, normalmente no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME a través de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos al cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No se tienen en cuenta los pagos realizados mientras se encontraba inscrito en su plan.

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo estando en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No se tienen en cuenta los pagos que realizó en Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo estando en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Si bien participó en nuestro plan, no obtuvo la posesión del artículo mientras estuvo inscrito. Posteriormente, regresa a Original Medicare. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. No se tienen en cuenta los pagos anteriores (realizados tanto a nuestro plan como a Original Medicare).

SECCIÓN 7.2	Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno
--------------------	--

¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho a recibir?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, BCBSAZ Health Choice Pathway cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si abandona BCBSAZ Health Choice Pathway o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede optar por seguir con la misma compañía o cambiar de compañía. En ese momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque permanezca en la misma compañía, y deberá pagar los copagos de los 36 primeros meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(qué está cubierto)*

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

En este capítulo se proporciona una tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1	Usted no paga nada por los servicios cubiertos
--------------------	---

Debido a que usted recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando acate las normas de los planes para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de los planes para recibir atención).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo hacia la cantidad máxima de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina “monto máximo de bolsillo (MOOP) para servicios médicos”. Para el año calendario 2024, este monto es de \$7,550.

Los montos que paga en concepto de copagos y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este monto máximo de bolsillo. Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la tabla de beneficios médicos. Si alcanza el desembolso máximo de \$7,550, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de su plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que AHCCCS [Medicaid] u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 Consulte la tabla de beneficios médicos para determinar qué se encuentra cubierto

Sección 2.1 Sus <i>beneficios</i> médicos como miembro del plan
--

La tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas enumera los servicios que cubre BCBSAZ Health Choice Pathway. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Debe recibir atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Debe tener un proveedor de atención primaria (PCP) que lo atienda y supervise la atención que recibe. En algunas situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado antes de que usted pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina “derivación”.
- Algunos de los servicios que figuran en la tabla de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (en ocasiones denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la tabla de beneficios médicos con la leyenda “Puede requerirse autorización previa”.
- También podemos cobrarle tarifas administrativas por las citas perdidas o por no pagar el costo compartido requerido en el momento del servicio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas.

Otros puntos importantes que se deben considerar sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid): Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. AHCCCS (Medicaid) cubre su parte del costo compartido por los servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como los servicios domiciliarios y comunitarios.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2024*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare añade la cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si está en el período de 6 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos que correspondan del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período no continuaremos 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 que el estado sería responsable de otro modo. Los montos de los gastos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios indicados en la tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no paga nada por los servicios enumerados en la tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Medicare aprobó a BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) para que brinde estos beneficios y/o copagos/coseguros más bajos como parte del programa Diseño de Seguros Basados en el Valor. Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.

Información importante sobre los beneficios para todos los miembros que participan en los servicios de bienestar y planificación de la atención médica (WHP):

- Debido a que BCBSAZ Health Choice Pathway participa en la reducción de costos compartidos de alimentos y productos y de medicamentos recetados, usted será elegible para los siguientes servicios WHP, incluidos los servicios de planificación anticipada de la atención médica (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 grave. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, si lo desea, puede hacer lo siguiente:
 - Completar un formulario por escrito para otorgar poder legal a otra persona para que tome decisiones médicas por usted si en algún momento usted queda incapacitado para tomar esas decisiones.
 - Entregar instrucciones escritas a sus médicos acerca de cómo quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
 - Puede obtener asistencia para la planificación anticipada de la atención médica poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este manual).

Información importante sobre los beneficios para los miembros que reúnen los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”:

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, es posible que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos y/o una reducción específica de los costos compartidos. Puede reunir los requisitos para lo siguiente:

- La eliminación de los costos compartidos de los medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6.
- El beneficio complementario de alimentos y productos saludables. Para obtener más información, consulte la fila *Tarjeta Flex para medicamentos de venta sin receta, alimentos saludables y productos saludables* en la tabla de beneficios médicos.

Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI).

- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF).
 - Trastornos pulmonares crónicos.
 - Diabetes.
 - Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/ COVID prolongado.
-
- Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y/o en un plan de atención desarrollado con el miembro/proveedor.
 - Su proveedor puede solicitar estos servicios por usted.
 - La Administración de Atención (Care Management) puede evaluarlo y ofrecerle estos servicios en función de sus necesidades.
 - Para obtener más información, consulte la sección *Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)* de la tabla de beneficios médicos.

Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para determinar los beneficios específicos para los que reúne los requisitos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

 Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si usted posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para ello de parte de su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• un dolor que dura 12 semanas o más;• es inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• no está asociado con una cirugía; y• no está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.</p>	<p>En el caso de los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Requisitos para los proveedores:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden brindar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros especializados (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifican en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y cuentan con:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental procedente de una institución acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y• una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o bien en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe ser supervisado adecuadamente por un médico, un PA o un NP/CNS de acuerdo con lo exigido por las reglamentaciones que constan en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), §§ 410.26 y 410.27.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura de rutina (complementaria)* Cubrimos 12 visitas de acupuntura de rutina por año.</p> <p>Este beneficio es adicional al servicio de acupuntura cubierto por Medicare. El beneficio incluye la cobertura complementaria para evaluación y tratamiento, acupuntura y acupresión, modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento del dolor, afecciones musculoesqueléticas y náuseas no cubiertos por beneficios requeridos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los servicios de acupuntura son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Este beneficio no cubre el tratamiento de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• pérdida de peso;• disfunción sexual;• enfermedades mentales como la depresión, el cese del consumo de tabaco o la adicción a las drogas o al alcohol.	<p>En el caso de los servicios de acupuntura de rutina, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan ser peligrosos para la salud del paciente, o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido se aplica por un viaje de ida.</p> <p>Puede requerirse autorización previa para el transporte que no sea una emergencia.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva anual</p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de “Bienvenida a Medicare” para tener la cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual cubierta por Medicare.</p>
<p>Examen físico anual de rutina (complementario)*</p> <p>El examen físico anual de rutina es un examen físico extenso que incluye la recopilación de antecedentes médicos y puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y 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 preventiva anual cubierta por Medicare y a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Puede programar su examen físico anual de rutina una vez por año calendario. Los análisis de laboratorio preventivos, los exámenes de detección y/o las pruebas de diagnóstico recibidos durante esta visita están sujetos a su cobertura de pruebas de laboratorio y diagnóstico. Para obtener más información, consulte <i>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios y suministros</i>.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Mediciones de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: pruebas para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad.• Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años.• Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>En el caso de los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta para reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de manera saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular y terapia conductual intensiva.</p>
<p> Detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis 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).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.• Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos de prevención cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	<p>En el caso de los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Servicios quiroprácticos de rutina (complementario)*</p> <p>Cubrimos 12 consultas quiroprácticas de rutina por año.</p> <p>Este beneficio es adicional a los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Cobertura complementaria para evaluación y tratamiento, examen de rayos X, terapia de manipulación quiropráctica, modalidades, procedimientos terapéuticos y rehabilitación física para afecciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades. Un médico en quiropráctica (DC, “quiropráctico”) es quien proporciona los servicios quiroprácticos. Los servicios quiroprácticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p>	<p>En el caso de los servicios quiroprácticos de rutina, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos los siguientes exámenes de detección:</p> <ul style="list-style-type: none">• La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) en el caso de los pacientes que no presenten un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses en el caso de los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses en el caso de los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses en el caso de los pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.• Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o de la última sigmoidoscopia flexible de detección.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare; esto no incluye los enemas de bario, para los que se aplica un coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los enemas de bario cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, en concreto cuando ese servicio forma parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia del cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos al trasplante de riñón.	En el caso de los servicios dentales cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.
Servicios dentales de rutina (complementarios)* Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios dentales complementarios (es decir, de rutina): Servicios preventivos* que incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Un tratamiento con flúor, uno cada año.• Dos exámenes bucales por año, dos cada año.• Dos servicios de profilaxis (limpiezas) cada año, uno cada 6 meses.	En el caso de los servicios dentales de rutina, no se aplica coseguro, copago ni deducible. Sin monto máximo para los servicios dentales preventivos.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales de rutina (complementarios)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Dos radiografías dentales por año, que constan de:<ul style="list-style-type: none">○ una radiografía interproximal o radiografía simple, o○ una radiografía completa de toda la boca (FMX) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/panorámica cada 36 meses. <p>Servicios integrales* que incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios que no son de rutina.• Servicios de diagnóstico.• Servicios de restauración (es decir, coronas, empastes, puente para reemplazar el diente).• Servicios de endodoncia.• Servicios de periodoncia.• Servicios de extracciones.• Dentaduras postizas.<ul style="list-style-type: none">○ con cobertura una vez cada cinco años;○ hasta cuatro ajustes por año. <p>No cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prostodoncia (incluida la restauración dental y facial, procedimientos cosméticos, implantes dentales y dispositivos de restauración temporomandibular) <p>Antes de recibir los servicios, se recomienda realizar una consulta sobre las opciones de tratamiento con un proveedor de servicios dentales de rutina participante. El tratamiento debe iniciarse y concluirse dentro del año del plan para ser elegible para recibir la cobertura. Todo gasto ocasionado por servicios dentales no cubiertos por el plan será su responsabilidad.</p>	<p>Asignación máxima de beneficios de \$4,000 por año calendario para servicios dentales integrales.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales de rutina (complementarios)* (continuación)</p> <p>Para que los servicios dentales complementarios sean elegibles para la cobertura, los servicios deben obtenerse de un proveedor participante.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una queja, recibir una lista detallada de los procedimientos cubiertos u obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestra página web en www.healthchoicepathway.com.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Flex Card para servicios dentales, de la vista y de la audición (complementario)*</u></p> <p>Nuestro plan brinda una tarjeta de débito Visa® prepaga para ayudar a reducir sus gastos de bolsillo por los servicios dentales, de la vista y de la audición. Con un límite anual de \$1,000, puede distribuir el dinero de sus beneficios entre estos servicios según lo necesite. Todo el dinero de sus beneficios sin usar vencerá al final del año. Es importante destacar que este beneficio no reemplaza los beneficios complementarios dentales, de la vista o de la audición, sino que es una manera de compensar ciertos gastos.</p> <p>Para garantizar la cobertura, reciba los servicios dentales, de la vista y de la audición complementarios de parte de un proveedor participante del plan.</p> <p>Si no ha recibido su tarjeta prepaga Visa® Flex, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.</p> <p>Por último, recuerde que este beneficio es exclusivamente para usted, no puede venderse ni transferirse y no tiene valor en efectivo.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Para todas las personas diabéticas (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.• Para personas diabéticas con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios y los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare, incluidos los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos.</p> <p>Puede requerirse autorización previa para las bombas de insulina.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, así como la Sección 7 del Capítulo 3 del presente documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p> <p>Por lo general, BCBSAZ Health Choice Pathway cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en BCBSAZ Health Choice Pathway y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive para una segunda opinión).</p>	<p>Los gastos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare tienen un copago de \$0, todos los meses.</p> <p>El costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en BCBSAZ Health Choice Pathway había abonado 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en BCBSAZ Health Choice Pathway será un copago de \$0.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica tiene lugar cuando usted, o cualquier otra persona con criterio prudente y conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, en caso de estar embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Disponible solo dentro de los Estados Unidos. Medicare cubre los servicios de emergencia en países extranjeros solo en circunstancias excepcionales.</p>	<p>En el caso de los servicios de emergencia cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 3 días por la misma enfermedad, pagará \$0 por la consulta a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención médica se siga cubriendo, o deberá pedir al plan que</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención médica de emergencia (continuación)	le autorice la atención médica como paciente internado en un hospital fuera de la red. El monto que le corresponde pagar será el costo compartido más alto que debería pagar en un hospital de la red.
Programa de acondicionamiento físico (complementario)* Este programa puede hacer que su vida sea más saludable y activa al centrarse en el ejercicio físico y en ser social. En el gimnasio: <ul style="list-style-type: none">• Muchas ubicaciones en todo el país.¹• Puedes registrarte en múltiples ubicaciones, cuando quieras.• Hay clases para todos los niveles y habilidades.² En casa: <ul style="list-style-type: none">• Clases y talleres en línea de SilverSneakers LIVE dirigidos por instructores especialmente capacitados, que se llevan a cabo todos los días. • Vídeos SilverSneakers On-Demand que puedes ver en cualquier momento.• Utilice la aplicación móvil SilverSneakers GO para obtener recursos personalizados, cambiar planes de entrenamiento y más. En tu comunidad: <ul style="list-style-type: none">• Manténgase activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otros lugares del vecindario.• Disfrute del acceso a clases GetSetUp³ en línea sobre temas como cocina y nutrición, tecnología y juegos mentales. Cree una cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su ID de miembro y todas las cosas que puede usar en el programa sin pagar más.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el ejercicio físico, los ejercicios de memoria ni el rastreador de actividades.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programa de acondicionamiento físico (complementario)* (continuación)</p> <p>Si tiene preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>Notas a pie de página:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Las ubicaciones participantes ("PL") no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni sus afiliados ni están operadas por ellos. El uso de las instalaciones y servicios de PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica de PL. Las instalaciones y servicios varían según el PL.2. La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según la ubicación.3. GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad ni está operado por Tivity Health, Inc. ("Tivity") o sus afiliados. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder al servicio GetSetUp. Los cargos por el servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se apliquen cargos por el acceso a determinadas clases o funciones de GetSetUp. <p>SilverSneakers y el logotipo del calzado SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.</p>	<p>En el caso de los servicios de audición cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición de rutina (complementarios)*</p> <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de audición complementarios (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen de audición de rutina cada año.• 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.• \$2,500 como máximo por año, ambos oídos combinados, para la compra de audífonos.<ul style="list-style-type: none">○ Por ejemplo:<ul style="list-style-type: none">▪ \$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. <p>Para que los servicios de la audición complementarios sean elegibles para la cobertura, deben obtenerse de un proveedor participante.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una queja, recibir una lista detallada de los procedimientos cubiertos u obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestra página web en www.healthchoicepathway.com.</p>	<p>En el caso de los servicios de audición de rutina, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Ayuda para determinadas afecciones crónicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF).• Trastornos pulmonares crónicos.• Diabetes.• Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado.	<p>Consulte <i>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas</i> en esta tabla.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para las mujeres que están embarazadas cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>Modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño (complementario)*</p> <p>Este beneficio incluye modificaciones temporales en el hogar, como rampas y la colocación de barrales de agarre y barras de seguridad en la ducha.</p> <p>Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Agencias de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipos y suministros médicos.	<p>No se aplican coseguros ni copagos para los miembros elegibles para recibir atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p>	<p>En el caso de los servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión a domicilio (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención médica.• Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero.• Control de manera remota. <p>Servicios de control para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.</p>	
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para recibir los beneficios de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos, en el caso de que la enfermedad siga su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos 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 de la red o fuera de la red.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por BCBSAZ Health Choice Pathway.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.• Servicios de relevo a corto plazo.• Cuidado a domicilio. <p><u>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos relacionados con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. A usted se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si acude con un proveedor que forma parte de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan o no (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.• Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “tarifa por servicio” de Medicare (Original Medicare).	<p>En el caso de los servicios de cuidados paliativos cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> BCBSAZ Health Choice Pathway continuará cubriendo los servicios contemplados por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su afección terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que puedan estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, pagará los costos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados no paliativos (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario.• Vacuna contra la hepatitis B para pacientes con riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.• Vacuna contra la COVID-19.• Otras vacunas, si corre riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B. <p>También cubrimos otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería de rutina.• Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios).• Fármacos y medicamentos.• Pruebas de laboratorio.• Radiografías y otros servicios de radiología.	<p>Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de hospitalización por cada período de beneficios.</p> <p>Nuestra póliza también incluye cobertura para 60 días de reserva de por vida, que son días adicionales que le proporcionamos.</p> <p>Si la hospitalización supera los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.• Costos de quirófano y habitación de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.• Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias.• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a la revisión de un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si BCBSAZ Health Choice Pathway brinda servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.• Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.• Servicios del médico.	<p>Después de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días por cada período de beneficios.</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital externo a la red una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido más alto que debería pagar en un hospital de la red.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>Nota: Para que pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden de admisión en la que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en la página web 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 gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren hospitalización.	<p>Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de hospitalización por cada período de beneficios. Nuestra póliza también incluye cobertura para 60 días de reserva de por vida, que son días adicionales que le proporcionamos.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	<p>Si la hospitalización supera los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales.</p> <p>Después de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días por cada período de beneficios. Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital externo a la red una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización como paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios del médico.• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).• Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos.• Apósitos quirúrgicos.• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.• Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos los tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluye el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	<p>Para estos servicios cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de apoyo en el hogar (complementario)*</p> <p>Tendrá acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen limpieza, tareas domésticas, preparación de comidas, trámites/recados, trabajos de jardinería livianos y asistencia con otras actividades instrumentales cotidianas.</p> <p>Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Beneficio de comidas (complementario)*</p> <p>Si cumple con los requisitos, podría recibir un máximo de 140 comidas en total.</p> <p>Comidas tras una internación aguda: Si recibe el alta de un centro de hospitalización (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación con internación), nuestro plan proporcionará un máximo de 2 comidas por día durante 35 días, con un total de 70 comidas. Podrá elegir las selecciones de comidas según un tipo de menú específico indicado en la notificación del alta, por ejemplo, bienestar general, salud cardíaca, apto para diabéticos, sin gluten, apto para enfermos renales, purés y vegetariano.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficio de comidas (complementario)* (continuación)</p> <p>Comidas para pacientes con afecciones crónicas: Si recibe atención médica por una afección crónica aprobada por el plan, puede ser elegible para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado de transición a modificaciones en el estilo de vida. Entre las afecciones crónicas elegibles se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).• Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF).• Diabetes (DM). <p>Puede recibir un máximo de 2 comidas saludables por día hasta por 35 días, con un máximo de 70 comidas.</p>	
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas diabéticas, personas con enfermedades renales (es decir, enfermedades del riñón, pero que no realizan diálisis), o para después de un trasplante renal cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica para introducir cambios en la dieta a largo plazo, aumentar la actividad física y desarrollar estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente, sino que son administrados mediante inyección o instilación mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o en centros de cirugía ambulatoria.• Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).• Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan.• Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección si tiene hemofilia.• Fármacos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió un trasplante de órgano.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare que se adquieren en el consultorio del médico o en la farmacia.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p> <p>Los medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada.</p> <p>La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir una prueba de un medicamento de la Parte B o de la Parte D.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento.• Antígenos.• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos.• Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, entre ellos heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).• Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: <u>(https://www.healthchoicepathway.com/providers/provider-information/)</u>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	<p>Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.</p>
<p>Línea directa de enfermería (complementario)* Acceso a personal de enfermería certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 1-888-267-9037</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le proporciona en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Consulte con su médico de atención primaria o proveedor médico para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opiáceos</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento con opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT).• Suministro y administración de medicamentos de MAT (si procede).• Asesoramiento sobre el consumo de sustancias.• Terapia individual y grupal.• Prueba toxicológica.• Actividades de admisión.• Evaluaciones periódicas.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento de opiáceos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios sanguíneos ambulatorios</p> <p>La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Se exime del deducible de tres (3) pintas de sangre.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios y suministros</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías.• Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos.• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos.• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.• Pruebas de laboratorio.• Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias.	<p>No se aplica coseguro ni copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas diagnósticas fuera del laboratorio y las radiografías cubiertas.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de radiografías. Determinadas pruebas genéticas de laboratorio, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, ecografías y estudios de imagen cardíaca requieren autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si debe ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es o no un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en la página web 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 gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de atención ambulatoria en hospital</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria.• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.• Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella.• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital.• Suministros médicos, como férulas y yesos.• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es o no un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en la página web 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 gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero especializado (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales vigentes.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las sesiones individuales o grupales ambulatorias cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>El plan pagará los servicios ambulatorios por abuso de sustancias médicamente razonables y necesarios cuando se proporcionen en el siguiente entorno: consultorios médicos y hospitales ambulatorios. En estos entornos, los proveedores evalúan e identifican a las personas con problemas relacionados con el abuso de sustancias, o en riesgo de tenerlos, y proporcionan intervenciones y tratamientos limitados.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las sesiones individuales o grupales ambulatorias cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>En el caso de la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Tarjeta Flex para medicamentos de venta sin receta, alimentos saludables y productos saludables (complementaria)*</p> <p>Recibirá un crédito de \$600 que se cargará en su tarjeta de débito Visa® cada trimestre para pagar los alimentos y productos de venta sin receta cubiertos.</p> <p>Los productos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, mariscos y pescados, productos lácteos y agua, entre otros.• Productos de venta sin receta de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pasta de dientes, pastillas para la tos, entre otros. <p>Puede utilizar su asignación trimestral para comprar artículos de venta sin receta y productos saludables en las tiendas minoristas participantes y por Internet.</p> <p>Para comprar artículos de venta sin receta, puede optar por utilizar el catálogo de productos de venta sin receta.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tarjeta Flex para medicamentos de venta sin receta, alimentos saludables y productos saludables (complementaria)* (continuación)</p> <p>Si no se utiliza, el monto máximo de cobertura para los beneficios del plan se transfiere al trimestre siguiente; sin embargo, vencerá el trimestre siguiente si sigue sin utilizarse. Un miembro nunca tendrá más del doble de su beneficio para gastar en un trimestre. Los montos no usados de los beneficios no se transferirán al año siguiente.</p> <p>Los productos de venta sin receta y los alimentos y productos saludables cubiertos por este beneficio se limitan a los artículos que son compatibles con las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).</p> <p>Para ver su saldo, buscar productos cubiertos y encontrar tiendas participantes, llame al 1-833-684-8472 o visite mybenefitcenter.com. También puede descargar la aplicación OTC Network en su teléfono inteligente, que le permitirá ver los saldos disponibles, buscar minoristas, comprar en línea, ver el historial de transacciones y escanear artículos en la tienda para verificar la disponibilidad.</p> <p>Debe reunir los requisitos para la “Ayuda Adicional” de Medicare que paga sus costos del plan de medicamentos recetados para calificar para la asignación de alimentos y productos saludables.</p> <p>Si no ha recibido su tarjeta Visa® Flex, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de atención de salud mental, que es más intensivo que la atención que puede recibir en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial ni los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) (complementario)*</p> <p>El sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS), también conocido como “sistema de alerta médica”, brinda monitoreo continuo móvil y en la casa para personas que están envejeciendo y personas en riesgo.</p> <p>El PERS les permite a los miembros llamar para recibir asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana, desde su casa o fuera de ella.</p> <ul style="list-style-type: none">• Los miembros se ponen inmediatamente en contacto con operadores con capacitación profesional que evalúan rápidamente la naturaleza de la llamada y coordinan la asistencia adecuada.• El miembro que sufre una emergencia médica pulsa un botón para hablar con un operador, y este coordina inmediatamente el envío de la asistencia de emergencia.	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar.• Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista.• Pruebas básicas de audición y equilibrio realizadas por su médico especialista, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico.• Determinados servicios de telesalud, incluidos: servicios de proveedor de atención primaria, servicios de médicos especialistas, servicios necesarios de manera urgente.<ul style="list-style-type: none">○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.• Algunos servicios de telesalud, entre ellos consultas, diagnóstico y tratamiento proporcionados por un médico o proveedor médico para pacientes en determinadas zonas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare.• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de médicos/proveedores médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos simultáneos de salud mental, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:<ul style="list-style-type: none">○ realizó una consulta presencial en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud;○ realiza una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud;○ se pueden realizar excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias.• Servicios de telesalud para consultas de salud mental prestados por clínicas de salud rurales y centros de salud con calificación federal.• Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ usted no es un paciente nuevo; y○ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y○ el chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores o a la cita más próxima disponible.• Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ usted no es un paciente nuevo; y○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores o a la cita más próxima disponible.• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.• Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 se cubrirían al ser provistos por un médico).	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón).• Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores.	<p>En el caso de los servicios de podología cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Podología/cuidado de los pies de rutina (complementaria)*</p> <p>Cubrimos 6 consultas de podología/cuidado de los pies de rutina por año.</p> <p>Este beneficio es adicional al servicio de podología cubierto por Medicare. Incluye la cobertura de beneficios complementarios para servicios clínicos preventivos para la piel y las uñas de los pies, como la eliminación de callos y durezas, el corte de uñas y la higiene preventiva de los pies. Los servicios de rutina de cuidado de los pies son prestados por un doctor en Medicina Podológica (DPM, “podólogo”). Los servicios de podología son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p>	<p>En el caso de los servicios de podología de rutina, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen rectal digital.• Examen de antígeno prostático específico (PSA).	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas las partes o funciones corporales o parte de ellas. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos protésicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). También incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos. Además, se cuenta con cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado para la vista más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección por abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y es proporcionada por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare ni para la LDCT.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales de asesoramiento conductual intensivo por año, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento preventivo de infecciones de transmisión sexual cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una derivación, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida.• Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él de forma temporal).• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales).• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio).• Equipo y suministros para diálisis en el hogar.• Ciertos servicios de soporte a domicilio (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar su diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare de la Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de Medicare Parte B.</p>	<p>No se aplica coseguro ni copago para los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de diálisis ambulatoria y hospitalaria, el equipo de diálisis domiciliaria ni los suministros cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (La definición de “atención en centros de enfermería especializada” se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería especializada.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación).• Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo a partir de la primera pinta de sangre que necesite.• Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF.• Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF.• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF.• Servicios de médicos/proveedores médicos.	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF (de 1 a 100 días).</p> <p>Día 101 en adelante: todos los costos.</p> <p>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 finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si acude a un hospital o un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas situaciones, como las que se enumeran a continuación, podrá recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Una residencia para ancianos y convalecientes o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada).• Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p><u>Servicios de tecnologías de acceso remoto</u></p> <p>Los médicos tienen la capacidad de medir de forma remota la presión arterial, verificar el peso y controlar la glucosa según sea necesario, lo que permite identificar en tiempo real afecciones como la hipertensión o los niveles elevados de azúcar en sangre.</p> <p>Los servicios prestados se determinarán en función de las necesidades específicas del miembro, mediante un plan de atención desarrollado con su familia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Junto con la intervención de proveedores de atención primaria (PCP) o de especialistas, se utilizan dispositivos de salud conectados y tecnologías de monitoreo remoto de pacientes (RPM).• Los dispositivos de salud conectados permiten a los médicos realizar un monitoreo remoto sin necesidad de tener citas presenciales. <p>El equipo de tecnología de acceso remoto puede incluir, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tensiómetro.• Balanza.• Monitor de glucosa no cubierto por Medicare.	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p> <p>Para reunir los requisitos para este beneficio, debe involucrarse de manera activa con la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican:</p> <ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF).• Trastornos pulmonares crónicos.• Diabetes.• Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado. <p><u>Apoyos generales para vivir: apoyos de transición</u> <u>Flex Card para servicios públicos/gastos de alojamiento</u></p> <p>Si cumple con los requisitos de elegibilidad, nuestro plan proporciona una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite anual máximo de \$1,000. Esta tarjeta está diseñada para asistir con la cobertura de los gastos de alojamiento posteriores a la internación de un paciente elegible y/o con servicios públicos específicos, como electricidad, gas, servicios sanitarios, agua y/o teléfono.</p> <p>Para reunir los requisitos para este beneficio, debe involucrarse de manera activa con la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican:</p> <ul style="list-style-type: none">• Complicaciones relacionadas con la prediabetes o la diabetes.• Hospitalización reciente por diabetes o una afección médica empeorada por prediabetes o diabetes.	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p> <p>Todo saldo sin usar de la tarjeta Flex Card vencerá al final del año. Es importante tener en cuenta que, si es elegible para el beneficio de gastos de alojamiento y servicios públicos, no recibirá una tarjeta de débito Visa® prepaga adicional por correo. En su lugar, el dinero de su beneficio para gastos de alojamiento y servicios públicos se agregará automáticamente a la tarjeta de débito Visa® prepaga que reciba como parte del programa Flex Card.</p> <p>Los fondos se destinan a la vivienda temporal después de una hospitalización que cumpla con los requisitos, en lugar de asignarse a asistencia para alquileres o hipotecas.</p> <p>Si cree que cumple con los requisitos y no ha recibido su tarjeta Visa® Flex prepaga o desea obtener más información sobre este beneficio, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web en www.healthchoicepathway.com.</p> <p>Por último, tenga en cuenta que este beneficio es exclusivamente para usted, no puede venderse ni transferirse y no tiene valor en efectivo.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p> <p>Reparaciones en el hogar</p> <p>Este beneficio incluirá la ampliación de pasillos o entradas, y la colocación de rampas de movilidad permanentes y picaportes y grifería de uso sencillo.</p> <p>Para reunir los requisitos para este beneficio, debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican:</p> <ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF).• Trastornos pulmonares crónicos.• Diabetes.• Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado. <p>Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos para el programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en el centro ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico.• Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera clínica/enfermera especializada que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>La SET puede tener cobertura para más de 36 sesiones durante 12 semanas (un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo) si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de terapia de ejercicio supervisada (SET) cubiertos por Medicare.</p>
<p>Apoyo para cuidadores de miembros (servicios de relevo) (complementario)*</p> <p>Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Telesalud: adicional (complementario)*</p> <p>Servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de proveedor de atención primaria.• Servicios de médicos especialistas.• Servicios de urgencia. <p>Las visitas médicas virtuales son visitas médicas fuera de los centros médicos brindadas por proveedores clínicos virtuales que usan tecnología en línea y servicios de audio/video en vivo.</p> <p>Visite www.healthchoicepathway.com para acceder a visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Nota: No todas las afecciones médicas pueden tratarse mediante las consultas virtuales. El médico de la visita virtual identificará si usted necesita ver a un médico en persona para recibir tratamiento.</p> <p>Usted tiene la opción de 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 proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio mediante telesalud.</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Masajes terapéuticos (complementarios)* Cubrimos 6 visitas de masaje terapéutico por año.</p> <p>Incluye la cobertura de beneficios complementarios para masajes terapéuticos, entre ellos la evaluación, el masaje o el trabajo de tejidos blandos para el tratamiento de afecciones miofasciales, lesiones musculoesqueléticas y dolor. Los servicios de masaje terapéutico son prestados por proveedores de masaje con licencia, incluidos terapeutas de masaje con licencia (LMT), y también pueden ser proporcionados por fisioterapeutas. Los servicios de masajes terapéuticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p>	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Servicios de transporte (complementarios)*</p> <p>Hasta 48 viajes de ida por año calendario.</p> <p>Nuestro plan cubre el transporte terrestre que no sea de emergencia dentro de nuestra área de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none">• Recogida hacia o desde lugares aprobados por el plan.• Servicio de puerta a puerta.• Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud. <p>Este beneficio está disponible para ayudarlo a obtener cuidados y servicios médicamente necesarios.</p> <p>Los viajes están limitados a 50 millas, solo de ida, a menos que el plan lo apruebe.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un viaje se refiere al transporte de ida en taxi, furgoneta o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con servicios de salud aprobado por el plan.• Los servicios cubiertos no incluyen transporte en ambulancia. (Consulte “Transporte de emergencia”).	<p>Para estos servicios, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de transporte (complementarios)* (continuación)</p> <p>Llame al menos con 72 horas de anticipación para programar viajes de rutina o en cualquier momento para viajes urgentes. Algunas ubicaciones pueden estar excluidas. Para obtener más información sobre las ubicaciones aprobadas por el plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).</p> <p>Nota: Los servicios de transporte médicamente necesarios deben ser prestados por un proveedor de la red para estar cubiertos por el plan. Los vehículos pueden transportar a varios ocupantes al mismo tiempo y pueden detenerse en lugares distintos del lugar de destino del miembro durante el viaje. Asegúrese de mencionar cualquier necesidad o preferencia especial al programar el viaje.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios requeridos con urgencia son proporcionados para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia provistos por un proveedor fuera de la red. Los servicios deben necesitarse de forma inmediata y ser médicamente necesarios. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicamente necesarios de forma inmediata para una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios que se necesiten con urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>En el caso de los servicios necesarios con urgencia cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Cuidado para la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más, e hispanos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más.• Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares (si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	<p>Para la atención médicamente necesaria cubierta por Original Medicare:</p> <p>En el caso de los servicios de cuidado para la vista cubiertos por Medicare, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Original Medicare después de una cirugía de cataratas.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de rutina para la vista (complementario)*</p> <p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios complementarios para la vista (es decir, de rutina):</p> <p>Servicios complementarios para la vista (de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen de la vista de rutina (refracción ocular) por año.• Anteojos graduados ilimitados por año. Un beneficio máximo de \$450 por año para cualquiera de los siguientes:<ul style="list-style-type: none">○ Anteojos (armazones y lentes).○ Lentes de contacto en lugar de anteojos. <p>Antes de recibir los servicios, se recomienda que los miembros realicen una consulta sobre sus opciones de atención para la vista con un proveedor de servicios para la vista de rutina participante. Los servicios para la vista deben iniciarse y concluirse dentro del año del plan para ser elegibles para la cobertura. Todo gasto en el que se incurra por servicios para la vista no cubiertos por el plan será responsabilidad del miembro. Los miembros no pueden utilizar su beneficio complementario de anteojos para aumentar su cobertura en anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Para que los servicios para la vista complementarios tengan derecho a cobertura, deben obtenerse de un proveedor participante.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una queja, recibir una lista detallada de los procedimientos cubiertos u obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestra página web en www.healthchoicepathway.com.</p>	<p>En el caso de los servicios de cuidado para la vista de rutina, no se aplica coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre una consulta preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y derivaciones para otro tipo de atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio médico que desearía programar su consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>

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 comunitarios y en el hogar.
- Servicios de intérprete para consultas médicas.
- Servicios de atención médica a largo plazo.

Para obtener una lista de los beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte el “Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid” en el *Resumen de beneficios* de BCBSAZ Health Choice Pathway. También puede consultar el Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid) o visitar www.azahcccs.gov.

Para obtener más información, puede comunicarse con AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**. Las llamadas se atienden de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. El número telefónico para el servicio de retransmisión AZ para personas con problemas de audición 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 describen los servicios excluidos.

En el siguiente cuadro, se describen algunos servicios y suministros que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un establecimiento de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide después de la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none">• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de acupuntura complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Acupuntura de rutina”.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Cirugías o procedimientos estéticos</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
<p>Cuidados de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo cuidados que ayudan al paciente con las actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p>	<p>No cubiertos en ninguna condición</p>	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales</p> <p>Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa</p>	<p>No cubiertos en ninguna condición</p>	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio	No cubiertos en ninguna condición	
Comidas a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de comidas complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Beneficio de comidas”.
Servicios domésticos, entre ellos asistencia básica con las tareas domésticas, tales como la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio complementario de servicios de apoyo en el hogar. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Servicios de apoyo en el hogar”.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención dental considerada no rutinaria		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Servicios dentales de rutina”.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y está incluido en el costo de la ortesis. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión	No cubiertos en ninguna condición	
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubierto cuando sea médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio quiropráctico complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Servicios quiroprácticos de rutina”.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Servicios dentales de rutina”.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas. • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio para la vista complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Cuidado de rutina para la vista”.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de rutina para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierta cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio complementario de podología/cuidado de los pies de rutina. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Podología/cuidado de los pies de rutina”.
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de audición complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo, en “Servicios de audición de rutina”.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, y ya lo están recibiendo. Si está inscrito en el programa de “Ayuda Adicional”, es posible **que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso**. Le hemos enviado un documento aparte, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional de LIS”. (Puede encontrar los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En ese capítulo **se describen las normas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). La “Lista de medicamentos” le indica cómo averiguar sobre su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Consulte el Formulario de BCBSAZ Health Choice Pathway en el sitio web www.healthchoicepathway.com.

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

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

- Debe tener un proveedor (médico, dentista u otro recetador) que le haga una receta que debe ser válida según la ley estatal vigente.
- Su recetador no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Adquiera sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por determinadas fuentes de consulta. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

SECCIÓN 2 Adquiera sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran 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 el *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web (www.healthchoicepathway.com) y/o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede pedir asistencia al Departamento de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede obtener esta información en nuestra página web: www.healthchoicepathway.com.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos deberán surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para ancianos y convalecientes) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, consulte con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (**Nota:** Esta situación debería producirse en ocasiones poco habituales).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.3	Usar los servicios de pedidos por correo del plan
--------------------	--

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios 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, para una afección médica 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”.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le entregará el pedido en no más de 10 a 15 días.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarlo antes con usted, si:

- ha utilizado anteriormente los servicios de pedidos por correo de este plan, o bien
- se inscribe para recibir automáticamente todas las recetas nuevas que envíen los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea y no se comunicaron con usted para determinar si la quería antes de enviarla, puede solicitar el reembolso de su dinero.

Si ha utilizado el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia le surta y envíe automáticamente cada nueva receta, póngase en contacto con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de envío de pedidos por correo y/o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que le surtan y envíen el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para comunicarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Renovaciones de recetas de pedido por correo. Para renovar sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de renovación automática. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

se está quedando sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviarle cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted puede cancelar las renovaciones programadas si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de renovación automática, pero desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acabe la receta actual. Así se asegurará de que le envíen su pedido a tiempo.

Para optar por no utilizar nuestro programa que prepara las renovaciones por correo en forma automática, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento en nuestra “Lista de medicamentos” del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que se toman de forma regular, para una enfermedad crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica cuáles son las farmacias dentro de la red que le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿En qué casos puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de**

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Servicios para Miembros para determinar si hay alguna farmacia de la red cerca de su domicilio. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- BCBSAZ Health Choice Pathway cubrirá las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si la receta médica está relacionada con una atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de cobertura del plan, o se enferma, o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si no hay disponible una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia razonable viajando en automóvil.
- La receta es de un medicamento que está agotado en una farmacia accesible de la red de farmacias minoristas o de servicio de pedidos por correo (incluidos los medicamentos exclusivos y de costo elevado).
- Si se lo evacúa o resulta desplazado de su vivienda debido a una catástrofe a nivel federal u otra declaración de emergencia de salud pública.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total en el momento que adquiere el medicamento. Puede pedirnos que se lo reembolsemos (en la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar al plan que le devolvamos el dinero).

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

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

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare, y este la ha aprobado.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos en virtud de 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 aparecen en la contraportada de este manual).

Generalmente cubrimos un medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento *que*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta.
- o -- Está avalado por determinadas fuentes de consulta, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares. Un medicamento de marca es un medicamento de venta con receta que se vende en virtud de una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (p. ej., medicamentos basados en una proteína) se denominan “productos biológicos”. En la “Lista de medicamentos”, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan “biosimilares”. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares presentan una acción similar al medicamento o producto biológico de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* se incluyen en la “Lista de medicamentos”?

El Formulario de BCBSAZ Health Choice Pathway (Lista de medicamentos) no identifica los medicamentos cubiertos por AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos en virtud de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su Formulario de BCBSAZ Health Choice u otro formulario de AHCCCS

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

(Medicaid). Para recibir una copia del Formulario de BCBSAZ Health Choice, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

Tiene 3 maneras de determinarlo:

1. Consultar la “Lista de medicamentos” más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (www.healthchoicepathway.com). La “Lista de medicamentos” que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (<https://www.healthchoicepathway.com/members/prescription-drug-information/> o llame al Departamento de Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos ha elaborado estas normas para incentivarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma 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 valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la dosis, la cantidad o la forma de administración del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg y 100 mg; uno por día y dos por día; tableta y líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

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

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para conocer qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no apliquemos la restricción a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no aplicar la restricción a su caso. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento **genérico** o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. **Cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del**

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamento de marca o producto biológico original. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecerle cobertura por el medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados fármacos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero en general igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidades

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su 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 hacer si alguno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?

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

Existen situaciones en las que un medicamento recetado que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario pero con restricciones. Por ejemplo:

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según se explica en la Sección 4.
- Existen ciertos recursos a su disposición si un medicamento no está cubierto en la forma en que a usted le gustaría que estuviera cubierto.
- Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si existen restricciones para este medicamento, consulte la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.

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

Si el medicamento no figura en la “Lista de medicamentos” o está restringido, tiene la opción de hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar el 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 proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con el proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía del plan.
- **Si fue miembro del plan durante el último año**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- El suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si se indican menos días en su receta médica, permitiremos varias renovaciones para proporcionar hasta un máximo de 31 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días para un medicamento en particular, o menos si su receta indica menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Si existe algún cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o admitido 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 dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en el que usted use un suministro temporal de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar el medicamento

Hable con su médico para saber si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección. 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 al plan una excepción a fin de que cubra el medicamento de la manera que les gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que por razones médicas se justifica solicitarnos una excepción, puede asistirlo para solicitar dicha excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se aplicará alguna restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

(o la declaración de apoyo del médico recetador). 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 la Sección 7.4 del Capítulo 9 se le explica qué se debe hacer. Allí se describen los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para alguno 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 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan puede:

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

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

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?**Información sobre cambios en la cobertura de los medicamentos**

Cuando se producen cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos la “Lista de medicamentos” en línea de manera regular. A continuación, le indicamos las veces que usted recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos).**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel superior de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambos cuando se agrega el nuevo genérico.
 - Es posible que no le avisemos por adelantado antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o su proveedor pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si usted está tomando el medicamento, se lo comunicaremos de inmediato.
 - Su proveedor también será informado sobre este cambio y podrá consultar con usted para encontrar otro medicamento a fin de tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios, una vez que ya haya comenzado el año, que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para sustituir un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios basados en las

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- En el caso de estos cambios, debemos notificarle con por lo menos 30 días de anticipación, o notificarle el cambio y darle un reabastecimiento de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su médico para comenzar a utilizar un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que esté tomando.
- Usted o su proveedor pueden solicitar que el plan realice una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no lo afecten durante este año del plan

Podemos realizar algunos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se hayan descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no lo afectará si toma el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Se establece una nueva restricción al uso del medicamento.
- Se retira el medicamento de la “Lista de medicamentos”.

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

No le informaremos directamente este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Tendrá que consultar la “Lista de medicamentos” del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para determinar si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, deberá pagarlo usted.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que esté cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El uso fuera de lo indicado se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.
- La cobertura para el uso no indicado en la etiqueta solo se permite cuando el uso se encuentra respaldado por determinadas fuentes de consulta, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid. Para averiguar qué medicamentos podrían estar cubiertos en virtud de 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 aparecen en la contraportada de este manual).

- Medicamentos no recetados (también llamados “medicamentos de venta libre”)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para fortalecer el crecimiento del cabello.
- Recetas médicas para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones 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 exclusivos del fabricante como condición de venta.

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas, el programa “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no se encuentren cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa de Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede tener a su disposición. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtir una receta

SECCIÓN 8.1 Proporcionar sus datos de membresía
--

Para surtir su receta, proporcione su información de membresía del plan (que figura en la tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará el medicamento automáticamente al plan.

Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su información de membresía con usted?
--

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo adquiera.** (Después puede solicitarnos el reembolso. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Si usted es internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la hospitalización. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos y convalecientes) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para verificar si la farmacia del centro de LTC o la que este utilice forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de forma rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura como empleado o de un plan grupal de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso quiere decir que su cobertura grupal pagará primero.

Aviso especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, esto quiere decir que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable, porque puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no ha recibido el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para calmar el dolor o ansiolíticos) que no están cubiertos por el centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso por parte del médico recetador o del proveedor de su centro de cuidados paliativos en el que se indique que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al médico recetador que le notifique antes de que le surtan la receta.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

En caso de que renuncie a su elección de cuidados paliativos o le den el alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir los medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su renuncia o alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y manejo de medicamentos

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

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

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

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman de forma simultánea.
- Recetas de medicamentos con ingredientes a los que sea alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura**

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis de opioides recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepínicos recetados podría no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos en farmacias específicas.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos de médicos específicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted.

Si prevemos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta de forma anticipada. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o de una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su proveedor tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

No se lo incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, si recibe cuidados paliativos o cuidados al final de la vida, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Algunos miembros que tomen medicamentos para diferentes afecciones médicas y tengan costos de medicamentos elevados o que se encuentren en un DMP para ayudarlos a utilizar los opioides de forma segura, podrían obtener servicios a través de un programa MTM. Si reúne los requisitos para ser parte del programa, un farmacéutico u otro profesional de salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre los medicamentos recetados 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 obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Resulta conveniente hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o téngalo a mano siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.

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

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 11 Le enviamos informes con una descripción de los pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 11.1	Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)
---------------------	---

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o la renovación de recetas médicas 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 le llama **costos de bolsillo**.
- Mantenemos el registro de su **costo total por medicamentos**. Este es el monto que paga de su bolsillo, o que otros pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Si le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una 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 adquirió durante el mes anterior. Detalla el total de costos de los medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina “información del año hasta la fecha”. Muestra el total de costos de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, así como información sobre los incrementos de precio desde el primer suministro para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos**

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y de los pagos que realiza por los medicamentos, nos basamos en registros obtenidos de 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 adquiera un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que tengamos conocimiento de los medicamentos que adquiere y lo que paga.
- **Asegúrese de que contemos con la información necesaria.** En ocasiones, usted pagará la totalidad del costo de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos de forma automática la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de bolsillo, debe proporcionarnos copias de sus recibos. A continuación, le indicamos algunos ejemplos de casos en los que debe entregarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - 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 efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
 - Cuando compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.

Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar el pago a nuestro plan. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para el cálculo de sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad se cuentan en el cálculo de sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos registrar 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 algo o tiene alguna pregunta, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

CAPÍTULO 6:

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

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

**¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?**

Dado que usted es elegible para obtener Medicaid, reúne los requisitos para recibir, y efectivamente recibe, la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está inscrito en el programa de “Ayuda Adicional”, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplica a su caso.** Le hemos enviado un documento aparte, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional de LIS”.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red envían la factura directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o el medicamento que usted ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya ha pagado por un servicio o suministro de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, el devolverle el dinero a usted se denomina **reembolso**). Usted tiene derecho a recibir el reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

En ocasiones, también es posible que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior al de los costos compartidos, según se explica en el documento. En primer lugar, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagar por los servicios, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho al tratamiento.

A continuación, se enumeran ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió:

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

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

- Si usted paga la suma total en el momento en que recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de los pagos que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, realizaremos dicho pago directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado por el servicio, se lo devolveremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de la facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe solicitarnos que le reembolsemos los servicios cubiertos o la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeuda según el plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

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

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

Si intenta adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos el reclamo de manera directa a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, 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 necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total de este.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos obtener más información de su médico para efectuar el reembolso del medicamento.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero llamándonos por teléfono o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Se recomienda conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamo dentro de los 90 días** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, suministro o medicamento.

Envíenos por correo su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos pagados, a las siguientes direcciones:

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Reembolsos de servicios médicos:

BCBSAZ Health Choice Pathway ATTN: Reimbursement Services
P.O. Box 52033
Phoenix, AZ 85072

Reembolsos de farmacia de la Parte D:

BCBSAZ Health Choice Pathway ATTN: Reimbursement Services
P.O. Box 52033
Phoenix, AZ 85072

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. 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 siguió todas las normas, le pagaremos el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso por correo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, usted puede apelar

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar la apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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 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 para Miembros para presentar una queja al **1-800-656-8991 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 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**.

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 1.2 Debemos garantizarle el acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le preste y coordine los servicios cubiertos. No requerimos que obtenga una derivación para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando 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 considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un período razonable de tiempo, consulte el Capítulo 9 para saber cómo proceder.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de proporcionar su información médica a alguien que no le brinde atención ni pague por ella, *estamos obligados a obtener primero su autorización por escrito o la de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener primero un permiso por escrito de usted. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes y los estatutos federales; habitualmente se exige que no se comparta la información que lo identifique de forma particular.

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

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

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

En caso de tener preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Aviso de prácticas de privacidad de BCBSAZ Health Choice Pathway

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 información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones.
- Corregir sus registros de salud y registros de reclamaciones.
- Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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:

- 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 ayudarle.

Para ejercer sus derechos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número registrado en su tarjeta de identificación.

Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 al Departamento de Servicios para Miembros 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.

Solicitar que corrijamos sus registros de salud y registros de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y registros de reclamaciones si piensa que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicios para Miembros 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.

Solicitar 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.

Pedir que limitemos qué información usamos o divulgamos

- Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afecta su atención médica.

Recibir una lista de aquellas personas con las que hayamos compartido su información

- Puede pedir una lista (llamada *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 con 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 los costos si pide otra 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.

Elegir 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 que tomemos cualquier medida.

Presentar una queja si siente que se están vulnerando sus derechos

- Si cree que hemos vulnerado sus derechos, puede presentar una queja poniéndose en contacto con nosotros en Blue Cross Blue Shield of Arizona/BCBSAZ Health Choice Pathway Privacy Office, 2444 W. Las Palmaritas Dr., Phoenix, AZ 85021; o llamando al **1-800-232-2345, ext. 2255 o 602-864-2255, TTY: 711**, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al **1-877-696-6775**, o visitando **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 ayudarle a recibir atención médica y pagar servicios, como:
 - 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 decisión 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 una 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 usar y divulgar su información de salud 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 los pagos de 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](https://www.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 o 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 la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- Cuando una persona muere, podemos compartir su información de salud con un funcionario forense, un 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 reclamos 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 los 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 la seguridad de su información protegida de salud (PHI).
- Le informaremos de inmediato si hay una violación que comprometa la privacidad o la seguridad de su información.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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

Con vigencia a partir del 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 nuestro sitio web, **www.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, póngase en contacto con nosotros llamando al **1-602-864-2255** o al **1-800-232-2345, ext. 2255**. También puede enviarnos un correo electrónico a **privacy@azblue.com** o un fax con los documentos de la HIPAA al **602-544-5661**.

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

Como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que pagamos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, encontrará información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura se encuentra restringida. Además, en el Capítulo 9, encontrará información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina “apelación”.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica
--------------------	--

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

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

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

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

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

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

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted queda incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

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

Si desea definir sus instrucciones en un documento de voluntades anticipadas, deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de voluntades anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de suministros para oficina. A veces, puede obtener un formulario de voluntades anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para tomar decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe anticipadamente que necesitará estar internado y ha firmado un documento de voluntades anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de voluntades anticipadas y si lo trae consigo.
- Si usted no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar un documento de voluntades anticipadas o no (incluso si desea firmar uno mientras se encuentra en el hospital). De conformidad con las leyes, nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no un documento de voluntades anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted ha firmado voluntades anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, podrá presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Su dirección es 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. Número de teléfono para información general y pública: **1-602-542-1025**, atención de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; fax: **1-602-542-0883**; página web: **www.azdhs.gov**.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?
--------------------	--

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

Si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, 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 al **1-800-537-7697**, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro motivo?

Si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- 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
--------------------	--

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 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 desea 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 aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.10	BCBSAZ Health Choice Pathway evalúa las nuevas tecnologías para su inclusión como beneficio cubierto
---------------------	---

BCBSAZ Health Choice Pathway ha establecido un proceso para abordar y evaluar el uso apropiado de nuevos desarrollos en tecnología médica y nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto. Los dispositivos y procedimientos médicos nuevos son evaluados por el equipo de administración médica de BCBSAZ Health Choice Pathway con los siguientes fines:

- Mantenerse al día con los cambios continuos en la tecnología médica.
- Garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura, eficaz y basada en la evidencia.

- Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales apropiados, como la FDA.
- Obtener información de especialistas y profesionales con conocimientos únicos sobre la tecnología específica revisada.
- Mantener el cumplimiento de todos los organismos reguladores federales y estatales y agencias de acreditación aplicables a los planes de BCBSAZ Health Choice Pathway.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para recibir estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para recibir dichos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen información detallada sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 contienen información detallada sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** En el Capítulo 1 se le informa acerca de la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros profesionales de atención médica sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, hágala y obtenga una respuesta que pueda comprender.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de manera que ayude a que las actividades en el consultorio del médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas del plan.
 - Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - En caso de que deba pagar el monto extra para la Parte D por tener mayores ingresos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicios de nuestro plan, nos lo debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **AHCCCS (Medicaid)**. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare, el proceso de AHCCCS (Medicaid) o ambos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, deberá utilizar el **proceso de presentación de quejas** (también llamadas “reclamos”).

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y qué debería hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”; y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información acordes a su situación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para solicitar ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden prestarle asistencia.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP).

Cada estado cuenta con 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 le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para ponerse en contacto con Medicare:

- 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 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Puede obtener asistencia e información de AHCCCS (Medicaid)

Método	Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (Medicaid): información de contacto
LLAME AL	1-855-HEA-PLUS 1-855-432-7587 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	<u>www.azahcccs.gov</u>

Puede obtener asistencia e información de la Defensoría Ciudadana para el Programa del Defensor del Cliente del Estado de Arizona

Método	Defensoría Ciudadana para el Programa del Defensor del Cliente del Estado de Arizona: información de contacto
LLAME AL	1-602-277-7292 Abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.
ESCRIBA A	Arizona Ombudsman - Citizen's Aide 2020 N. Central Ave., Suite 570 Phoenix, AZ 85004
SITIO WEB	<u>www.azoca.gov</u>

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Puede obtener asistencia e información del Programa del Defensor del Cliente para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona

Método	<u>Programa del Defensor del Cliente para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona: información de contacto</u>
LLAME AL	<p><u>1-602-542-6454</u> Agencia de Área sobre el Envejecimiento, Región Uno, condado de Maricopa <u>1-602-264-2255</u></p> <p><u>Consejo del Norte de Arizona sobre el Envejecimiento (Northern Arizona Council on Aging), condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500</u></p> <p><u>Consejo del Oeste de Arizona sobre el Envejecimiento (Western Arizona Council on Aging), condados de Mohave, La Paz y Yuma 1-928-217-7114</u></p> <p><u>Consejo de Pinal-Gila para personas mayores, condados de Pinal y Gila 1-520-836-2758</u></p> <p><u>Organización de Gobiernos del Sureste de Arizona, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz 1-520-432-2528</u></p> <p><u>Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Navajo, Nación Navajo 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432</u></p> <p><u>21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona 1-800-591-9370</u></p> <p><u>Abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.</u></p>
ESCRIBA A	<p><u>Office of the State Long Term Care Ombudsman</u> <u>Division of Aging and Adult Services</u> <u>1789 W Jefferson Ave, Mail Drop 6288</u> <u>Phoenix, AZ 85007</u></p>
SITIO WEB	<p><u>https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman</u></p>

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Puede obtener asistencia e información de Livanta

Método	Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad en Arizona): información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 El horario de atención es de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes; de 11.00 a. m. a 3:00 p. m., los sábados, domingos y días festivos.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Livanta, LLC 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en/states/arizona

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para resolver un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid), debe utilizar el proceso de AHCCCS (Medicaid). Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el proceso de AHCCCS (Medicaid) se describen en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)?

Si desea recibir asistencia para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Consulte la próxima parte de este capítulo, **Sección 4, Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de AHCCCS (**Medicaid**).

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo, **Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE**SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene algún problema o duda, solo debe consultar las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trate sobre problemas y quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o duda relacionada con los beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 5, Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase directamente a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas.**

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones tales como determinar si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

derivado no se encuentra cubierto en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio de atención médica antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En algunos casos, la solicitud de decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no la revisaremos. Por ejemplo, podemos desestimarla si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para ello o si usted solicita que la retiremos. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso con los motivos de por qué se ha desestimado y se le explicará cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio de atención médica no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de revisar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplíamos las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, la solicitud de apelación de Nivel 1 se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, podemos desestimarla si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para ello o si usted solicita que la retiremos. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso con los motivos de por qué se ha desestimado y se le explicará cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente la apelación de Nivel 1 correspondiente a la atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, la cual será llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con la apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, si rechazamos la apelación de forma total o parcial, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se explican en más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación. (La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	---

A continuación, se incluyen los recursos disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener asistencia gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre**. Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, se lo deberá designar como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web: www.healthchoicepathway.com).
- Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza la apelación en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza la apelación de Nivel 1, su médico o recetador pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web: www.healthchoicepathway.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?
--------------------	--

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una internación hospitalaria más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Solo se aplica a los siguientes servicios*: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	En esta sección se describen los pasos que se deben seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si desea solicitar un reembolso de su atención médica
--------------------	--

En esta sección, se tratan sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

4. Ha recibido atención médica por la que ha pagado y considera que debe estar cubierta por el plan; desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que hemos aprobado previamente, será reducida o cancelada, y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), deberá consultar las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Rigen normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

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

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

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días, o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas para los servicios médicos, o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Únicamente* puede solicitar la cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándar, *su salud o su capacidad funcional pueden resultar perjudicadas gravemente*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, 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 que utilizaremos los plazos estándar.
 - Se explica que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concederemos automáticamente.
 - Se explica que puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud para la cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

En el caso de las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud **por un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días más** en caso de que su solicitud sea por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Le brindaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En el caso de las decisiones de cobertura rápidas, utilizamos plazos acelerados. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos una decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos los motivos.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura para atención médica es negativa, puede presentar una apelación.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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** del plan.

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

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días, o de 7 días en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán 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 corresponden para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite al plan una apelación estándar o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, debe presentarla por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una aplicación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo por el que su apelación se retrasó cuando presente su apelación. Le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos brindarle una respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si solicita una extensión del plazo o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más** en caso de que su solicitud sea por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba la apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos brindarle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más** en caso de que su solicitud sea por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le brindamos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4, se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su apelación, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para que realice una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente . A veces se denomina IRE .
--

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

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted tiene derecho a proporcionar 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 usted 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 brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito, junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión independiente acepta total o parcialmente la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un **plazo de 72 horas** o prestar el servicio en un **plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de la decisión de

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándar**, o prestar el servicio en un **plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de las **solicitudes aceleradas**.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en un **plazo de 72 horas** desde la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las solicitudes estándar, o en un **plazo de 24 horas** desde la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de una solicitud acelerada.
- **Si la respuesta de esta organización es negativa a una parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar la apelación**). En ese caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Con una explicación de su decisión.
 - Donde le notificará el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un valor mínimo determinado. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - Le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	---

Si usted ya ha pagado por un servicio o suministro de AHCCCS (Medicaid) cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, el devolverle el dinero a usted se denomina **reembolso**). Usted tiene derecho a recibir el reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la cual solicita el reembolso, nos está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago del costo en un plazo de 60 días calendario desde la recepción de la solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá 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. En el caso de las apelaciones relativas a reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado, no puede solicitar una apelación rápida.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar 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, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección se describen los pasos que se deben seguir si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para que esté cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una “indicación médica aceptada”). Para obtener información detallada sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se describen únicamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término *Lista de medicamentos* en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos o Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los podamos cubrir.
- Si en la farmacia le comunican que la receta médica no puede surtirse tal como se indica, le proporcionarán un aviso por escrito en el que se detalle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicita que no apliquemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Paga un medicamento que ya ha comprado. **Solicitar el reembolso del dinero. Sección 7.4**

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

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2	¿Qué es una excepción?
--------------------	-------------------------------

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” a veces se denomina solicitar una excepción al formulario .
Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una excepción al formulario .
Solicitar el pago de un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una excepción de nivel .

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor recetador pueden solicitarnos:

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra “Lista de medicamentos”.** No puede solicitar una excepción por el monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”.

Sección 7.3	Puntos importantes para tener en cuenta al solicitar excepciones
--------------------	---

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. En caso de que un medicamento alternativo pueda tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no cause más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos la solicitud de excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

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

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un **plazo de 72 horas** desde que recibimos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** desde que recibimos la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen el dinero de un medicamento que ya compró).
- La aplicación de los plazos estándar podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad funcional.
- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le otorgaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico o del recetador, 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 que utilizaremos los plazos estándar.
 - Se explica que, si su médico u otro recetador solicita una decisión rápida de cobertura, se la concederemos automáticamente.
 - Se explica cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de su recepción.

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

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que desea. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestra página web. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, datos de contacto e información que identifique el reclamo denegado por el cual está apelando.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Puede hacerlo usted, su médico (u otro recetador) o su representante. Incluso puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo**, es decir, los motivos médicos que justifican la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por regla general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - En los casos excepcionales, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos los motivos. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no ha recibido

- Por regla general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - En casos excepcionales, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos los motivos. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos los motivos. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

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

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una redeterminación del plan.
--

Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada .

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que corresponden para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro recetador deben ponerse en contacto 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 estándar, presente una solicitud por escrito** o llámenos. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíenos su apelación por escrito o llámenos al 1-800-656-8991 (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestra página web. Asegúrese de incluir su nombre, datos de contacto e información relativa al reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo por el que su apelación se retrasó cuando presente su apelación. Le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos brindarle una respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.6, se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos los motivos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que todavía no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos brindarle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.6, se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir la apelación. **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos los motivos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos los motivos. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

Paso 4: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente . A veces se denomina IRE .
--

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

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro recetador) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos **incluira 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 se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no llevamos a cabo nuestra revisión dentro del

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** en virtud de nuestro programa de manejo de medicamentos, remitiremos automáticamente su queja a la IRE.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para la 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, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si esta es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionarle 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.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago 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 esta organización rechaza una parte o la totalidad de su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En ese caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Con una explicación de su decisión.
- Donde le notificará el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un valor mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión tomada en el Nivel 2 será definitiva.
- Donde se 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, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos una hospitalización más prolongada si considera que le dan el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada, y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos
--

En los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (p. ej., un asistente social o una enfermera), solicítelo 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**).

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.

El aviso le informa lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención hospitalaria.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando el alta demasiado pronto. Esta es una vía formal y legal para solicitar una prórroga de la fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
- Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Tenga a mano su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.**
- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada del alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, 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 de 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 su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que se deben seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. En concreto, verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el Gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que reciben los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. O consulte el Capítulo 2 para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **antes de la medianoche del mismo día en que le den de alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de 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 hospitalaria 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 desea apelar, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se comuniquen con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso, se indica la fecha prevista del alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del *Aviso detallado de alta* 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 deben llamar al **1-877-486-2048**).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

O puede ver un ejemplo del aviso 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 preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información proporcionada por nosotros y por el hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos hayan informado acerca de su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que le indicaremos la fecha prevista del alta. En este aviso, también se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **es probable que usted tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria 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.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha *rechazado* su apelación y usted continúa internado después de la fecha de alta programada, podrá 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 su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión sobre 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 su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Póngase nuevamente en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya contestado *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

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.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención hospitalaria que usted haya recibido a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados siempre que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación pasando al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 8.4	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?
--------------------	---

Término legal

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

En su lugar, usted puede presentar una apelación con nosotros

Como ya se explicó, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de Nivel 1 sobre la fecha de alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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 significa que nos solicita una respuesta con plazos rápidos en lugar de plazos estándar. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha de alta programada y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en las 72 horas posteriores a su solicitud de revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que su hospitalización debe prolongarse después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Usted debe pagar su parte de los costos, y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si respondemos negativamente a su apelación**, significa que consideramos que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que habíamos decidido que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció hospitalizado *después* de su fecha de alta programada, **es probable que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si respondemos negativamente a su apelación, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

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 . A veces se denomina IRE .

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

Paso 1: Remitiremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo, u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos para presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es afirmativa**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos por la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha prevista del alta. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.

- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, de la que se encarga un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o presenta 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.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1	<i>En esta sección, se describen únicamente tres servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando reciba **servicios cubiertos de atención médica a domicilio, cuidados de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios correspondientes a ese tipo de atención mientras esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *dejaremos de pagarla*.

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo termina su cobertura****Término legal**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en la decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir la atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le informa lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo la atención durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo ha recibido.** Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que se deben seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. En concreto, decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. (O consulte el Capítulo 2 para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado).

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** establecida en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, podrá presentar la apelación directamente con nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura: aviso en el que se detallan los motivos de 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 preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información proporcionada por nuestro plan.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de no cobertura**, en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente?

- Si los revisores contestan afirmativamente a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente?

- Si los revisores contestan *negativamente*, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado.**
- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total por esta atención.**

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión sobre su 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 su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Póngase nuevamente en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya contestado negativamente a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención médica.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta afirmativamente?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que usted haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelaciones. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente. 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 sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?**En su lugar, usted puede presentar una apelación con nosotros**

Como ya se explicó, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. 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 denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos rápidos en lugar de plazos estándar. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos con respecto a la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en las 72 horas posteriores a su solicitud de 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 continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Usted debe pagar su parte de los costos, y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta a su apelación es negativa**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos *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 . A veces se denomina IRE .

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con su apelación rápida. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. **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.

Paso 1: Remitimos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo, u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos para presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de los servicios.

- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiarán.
- El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el Nivel 3 de apelación.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelaciones. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, la apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo o un mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles más avanzados

Sección 10.1 Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico
--

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos referentes a las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador independiente que trabaje para el Gobierno federal revisará su apelación y le comunicará su respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del mediador independiente con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, la apelación será de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4, acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del mediador independiente con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le comunicará su respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es negativa, o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo llevar a cabo 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 responderá a su solicitud de *forma afirmativa* o *negativa*. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 10.2 **Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que apeló alcanza un cierto monto en dólares, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos referentes a las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador independiente que trabaje para el Gobierno federal revisará su apelación y le comunicará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que haya sido aprobada por el juez de derecho administrativo o el mediador independiente **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le comunicará su respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso 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 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 responderá a su solicitud de *forma afirmativa o negativa*. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas puede solucionar el proceso de presentación de quejas?**

El procedimiento de presentación de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente. A continuación, presentamos algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento de presentación de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido? (incluida la atención en el hospital)
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? ¿No está conforme con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene problemas para agendar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? <ul style="list-style-type: none"> A modo de ejemplo, podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o bien al adquirir medicamentos recetados.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está conforme con la limpieza o con el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> ¿No le hemos informado con la debida anticipación? ¿La información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si nos ha solicitado una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y la rechazamos, puede presentar una queja. Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para otorgarle una decisión de cobertura o responder a una apelación, puede presentar una queja. Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una queja. Si considera que no hemos cumplido con los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también recibe el nombre de **reclamo**.
- Realizar una queja** también se denomina **presentar un reclamo**.
- Usar el proceso para presentar una queja** también se denomina **usar el proceso para hacer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se conoce como un **reclamo acelerado**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja**Paso 1: Contáctenos inmediatamente (por teléfono o por escrito).**

- **Por lo general, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si expresa su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- En la queja, incluya la fecha en que ocurrió el incidente y una descripción detallada del evento o incidente. Envíe su queja por correo a BCBSAZ Health Choice Pathway, Attn: Quality Management, P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072, en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. El reclamo/queja se investigará e indagará a fondo dentro del departamento de Gestión de Calidad de BCBSAZ Health Choice Pathway.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que quiere reclamar.

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

- **De ser posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo, o si usted solicita una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte de su queja o con la totalidad de ella, o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos los motivos en la respuesta que le brindemos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 11.4 También puede presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja sea por la *calidad de la atención*, usted tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el Gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

○

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede presentar su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a 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 RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE AHCCCS (MEDICAID)

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)

Medicaid (AHCCCS): Proceso de apelaciones y audiencias imparciales del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona**Proceso de queja o apelación del miembro**

Debe comunicarse con el Departamento de Quejas y Apelaciones de su plan de salud o ponerse en contacto con las líneas del Departamento de Servicios para Miembros. Las instrucciones detalladas para presentar quejas y apelaciones también están disponibles en el manual del miembro que proporciona el plan de salud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Lista de planes de salud de AHCCCS

<https://azweb.statemedicaid.us/HealthPlanLinksNet/HPLinks.aspx>

Tiempo para brindar una resolución

El plan de salud puede responder preguntas sobre el tiempo que se demorará en resolver la apelación.

Solicitud de apelación acelerada

Se puede solicitar una apelación acelerada si usted o el médico consideran que la salud de la persona estará en grave peligro (daño grave para la vida o la salud, o para la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima) por esperar 30 días a que el plan de salud tome una decisión. Si la apelación es acelerada, el plan de salud debe resolverla en un plazo de tres días hábiles, a menos que sea necesaria una prórroga.

Continuación de los 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 debe presentarse antes del día en que deba entrar en vigencia la reducción, la suspensión o la finalización de los servicios. Si transcurren menos de 10 días entre la fecha del aviso y la fecha de entrada en vigencia del aviso, la solicitud de continuación de los servicios debe presentarse en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso. Si se rechaza la apelación, es posible que el miembro tenga que pagar por los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

Para obtener más información, póngase en contacto 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, llame al **1-800-654-8713 ext. 74232**.

Solicitar 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, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. (Se realiza una audiencia estatal imparcial cuando la apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo).

Proceso de audiencias imparciales y apelaciones de BCBSAZ Health Choice (Medicaid)

Derecho de los miembros a solicitar una apelación sobre una acción adversa según el proceso de apelaciones y audiencias estatales imparciales

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

BCBSAZ Health Choice puede rechazar solicitudes de su médico y también puede imponer limitaciones o interrumpir la atención previamente aprobada. En tales casos, recibirá una carta de nuestro plan conocida como “aviso de acción”, en la que se expondrán los motivos de nuestra decisión. El aviso de acción detallará la ley, norma o política específica en la que nos basamos para tomar la decisión, así como la fecha en la que llegamos a nuestra conclusión. El aviso de acción le proporcionará instrucciones sobre cómo solicitar que nuestro plan revise la decisión. Esta revisión se denomina “apelación”. El aviso de acción también aclarará que, si su apelación no resulta favorable, usted puede ser responsable de cubrir los gastos generados durante el proceso de apelación. Antes de iniciar una apelación, es recomendable que consulte a su médico, ya que podría tener un plan de atención alternativo que podría estar cubierto.

Solicitud de apelación

Puede solicitar una apelación si recibe un aviso de acción. Para solicitar la apelación, puede llamar 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 escribir una carta a BCBSAZ Health Choice. Debe enviar su carta de apelación directamente a BCBSAZ Health Choice. Evite enviar su apelación a Medicaid. Es fundamental que presente su apelación a BCBSAZ Health Choice en un plazo de 60 días a partir de la fecha indicada en el aviso de acción.

BCBSAZ Health Choice tiene un plazo de cinco (5) días hábiles para emitir una carta en la que confirme la recepción de su apelación. Usted tiene la opción de proporcionar a BCBSAZ Health Choice información adicional sobre su atención antes de la decisión final sobre su apelación. Además, en cualquier momento durante el proceso de apelación, usted tiene derecho a revisar toda la documentación que BCBSAZ Health Choice utilizó para llegar a su decisión.

Uso de un representante

Si no puede iniciar una apelación de forma independiente, tiene derecho a designar a alguien para que la presente en su nombre. A esta persona se la denomina “representante”. Si desea que un representante, como un familiar, amigo, miembro del clero o su médico, lo ayude con su apelación, debe informar a BCBSAZ Health Choice enviando una carta en la que indique su intención de autorizar a su representante a presentar la apelación en su nombre. Envíe la carta a: **BCBSAZ Health Choice**, Attention: Member Appeals, P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072. Número de teléfono dentro del condado de Maricopa: **1-480-968-6866**, TTY **711**; número de 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 nuestro plan

La cancelación de su membresía en BCBSAZ Health Choice Pathway puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. En las Secciones 2 y 3, encontrará información sobre cómo cancelar la membresía de forma voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe seguir proporcionándole la atención médica y los medicamentos recetados y usted debe seguir pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía por tener Medicare y AHCCCS (Medicaid)

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar al próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el período de inscripción anual.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la exclusión de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de AHCCCS (Medicaid) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente al mes en que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	--

Usted puede cancelar su membresía durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el “período anual de inscripciones abiertas”). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos y tome una decisión respecto de la cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción anual** abarca **del 15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede mantener su cobertura actual o cambiarla para el año próximo.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos

recetados: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripciones abiertas a Medicare Advantage
--------------------	--

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripciones abiertas a Medicare Advantage**.

- El **período anual de inscripciones abiertas a Medicare Advantage** abarca del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período anual de inscripciones abiertas a Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente al mes en que se haya inscrito en otro plan de Medicare Advantage o que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía en un período de inscripción especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar la membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones corresponde a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa, puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene AHCCCS (Medicaid).
- Si es elegible para obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos o violamos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos y convalecientes o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Nota: Si participa en un programa de manejo de medicamentos, posiblemente no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid).

- **Los plazos de inscripción varían** en función de su situación.
- **Para saber si es elegible para el período de inscripción especial**, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-877-486-2048**. Si usted es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de atención médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:
- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos

recetados: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes siguiente al mes en que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 proporcionan más información sobre el período de inscripción especial para las personas con AHCCCS (Medicaid) y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo se puede cancelar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Buscar la información en el manual *Medicare y usted 2024*.
- Comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (**TTY 1-877-486-2048**).

SECCIÓN 3 **¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?**

En la siguiente tabla se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a: Esto es lo que debería hacer:	
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a: Esto es lo que debería hacer:

Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

- Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

- Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.
- Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- También puede comunicarse con **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), comuníquese con el programa AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS** o al **1-855-432-7587**, TTY **711**, de lunes a viernes,

de 8 a. m. a 5 p. m. Consulte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

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

Hasta que finalice su membresía de BCBSAZ Health Choice Pathway y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos recetados.**
- **En caso de ser hospitalizado el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que haya entrado en vigor su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 BCBSAZ Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

BCBSAZ Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no cuenta con Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no es elegible para AHCCCS (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a las personas que son elegibles tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). Si ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad, se considera una cancelación de la inscripción involuntaria. Los miembros del plan deben mantener su 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 la elegibilidad antes de que cancelemos su inscripción.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si proporciona información falsa u omite información sobre la existencia de otro seguro que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por dicho motivo, Medicare podría solicitar que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si debe pagar un monto extra de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

¿En dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre en qué casos podemos cancelar su membresía, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud
--------------------	---

BCBSAZ Health Choice Pathway no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que abandone 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 una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre 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 del Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible y otras leyes aplicables para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas aplicables por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (TTY **1-800-537-7697**) o a su oficina local de Derechos Civiles. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención médica, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la 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 o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Capítulo 11 Avisos legales

BCBSAZ Health Choice Pathway: Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Dirección: P.O. Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991, TTY: 711

De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

Fax: 480-760-4739

Correo electrónico: HCHComments@azblue.com

Si cree que BCBSAZ Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja por correo postal, fax o correo electrónico a:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Dirección: P.O. Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico: HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

Capítulo 11 Avisos legales

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 para quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación para
pagadores secundarios de Medicare**

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas regulatorias de los CMS, establecidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), BCBSAZ Health Choice Pathway, en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce el Secretario en virtud de las normas regulatorias de los CMS establecidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es una medida que toma usted en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica en la que debe residir para sumarse a un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que usted puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Asistente de atención médica domiciliaria: persona que presta servicios que no requieren los conocimientos de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Por ejemplo, fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por personal de enfermería certificado o un médico.

Autorización previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario.

Ayuda Adicional: un programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Biosimilar: medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los productos biosimilares ofrecen la misma acción que el producto biológico original y son tan seguros como este; sin embargo, los productos biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los productos biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, supeditado a las leyes estatales.

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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión; incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del entorno familiar.

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

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que cubra, en promedio, al menos el equivalente a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: monto que usted debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos, tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro: monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo por los servicios o medicamentos recetados.

Costo compartido: el costo compartido se refiere al monto que un miembro debe pagar al recibir medicamentos o servicios. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de estos tres tipos de pagos: (1) los montos de deducible que el plan establezca antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) los montos de copago fijo que un plan exija que se pague al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) los montos de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio que un plan exige al recibir un medicamento o servicio específicos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Costos de bolsillo: vea la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina “requisito de costos de bolsillo del miembro”.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales que se proporcionan en una residencia para ancianos y convalecientes, en un centro de cuidados paliativos o en otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Los cuidados de custodia, prestados por personas que no tienen conocimientos ni capacitación profesional, incluyen ayuda con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o la silla, desplazarse y utilizar el baño. También pueden incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta, como por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados de custodia.

Cuidados paliativos: beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que, según lo certificado médicamente, es un enfermo terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios complementarios que ofrecemos.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento, dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Usted debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”.

Determinación de la organización: decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o no, o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Emergencia: una emergencia médica tiene lugar cuando usted, o cualquier otra persona con criterio prudente y conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, en caso de estar embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Algunos ejemplos: caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para uso domiciliario.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidas las cantidades que usted pagó y lo que su plan pagó en su nombre, o los costos de bolsillo para el año hayan alcanzado \$5,030 u \$8,000.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción al formulario), o para adquirir un medicamento no preferido en el nivel más bajo de costos compartidos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan establece límites para la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: farmacia contratada por nuestro plan y en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los adquiere en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo en ciertos casos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Herramienta de beneficios en tiempo real: portal o aplicación informática en la que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden emplearse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinadas fuentes de consulta.

Internación en hospital: la internación en un hospital sucede cuando un paciente ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Máximo de gastos de bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS [Medicaid], muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo).

Medicaid (AHCCCS o Medical Assistance): un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que brinda asistencia con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y de desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Medicamento genérico: un medicamento recetado 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 posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca, pero su costo es inferior.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados 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. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que requiere servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, quien se ha suscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual en función de los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de una cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayoría no pagará una prima más alta.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si usted no cuenta con una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de que sea elegible para inscribirse a un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda Adicional, estaría sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se ha quedado sin

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

cobertura acreditable de medicamentos recetados de la Parte D durante 63 días o más consecutivos.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros profesionales expertos en salud que ejercen y son pagados por el Gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio [Fee-for-service Medicare]): Original Medicare es ofrecido por el Gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Periodo de inscripción inicial: período de tiempo en que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si se vuelve 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 que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de costos reembolsados de conformidad con la sección 1876(h) de la ley.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado “Medicare Parte C”. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para sus costos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus costos de bolsillo totales combinados por los servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de seguro médico de Medicare: un plan de seguro médico de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a que sigan siendo independientes y vivan en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos y convalecientes) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de AHCCCS (Medicaid) a través del plan.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente, y la debe administrar una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua 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 hospitalizados y/o centros aprobados por los CMS que prestan servicios similares de asistencia médica a largo plazo cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan para necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con centros de LTC específicos (o ser propietario de ellos y operarlos).

Plan para necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles de MA que padecen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el Título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en el Título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan para necesidades especiales: un tipo de plan Medicare Advantage especial que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos y convalecientes, o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de seguro médico por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Producto biológico: medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan “biosimilares”. Por lo general, los productos biosimilares ofrecen la misma acción que los productos biológicos originales y son tan seguros como estos.

Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre 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 período sin cobertura y que aún no reciban “Ayuda Adicional”. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el Gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

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

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero sobre la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** celebraron un acuerdo con el plan para aceptar el pago que realicemos como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros del plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Proveedor o centro fuera de la red: proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados ni operados por nuestro plan, ni son propiedad de nuestro plan.

Queja: presentar una queja se conoce formalmente como **presentar un reclamo**. El procedimiento para presentar quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Queja: tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestros planes, proveedores o farmacias, incluidas quejas por la calidad de la atención. No involucra disputas por pago o cobertura.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, ceguera o que son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

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

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, y que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles de forma temporal o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.

Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS): agencia de Medicaid de Arizona que ofrece programas de asistencia médica para brindar servicios a los residentes de Arizona. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y de otro tipo para obtener servicios.

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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se provee un medicamento cubierto para pagar el costo por surtir una receta médica, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Tasa de costo compartido diario: una tasa de costo compartido diario puede aplicarse cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí, un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su afección médica antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). BCBSAZ Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

BCBSAZ Health Choice Pathway:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Address: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Phone: 1-800-656-8991, TTY: 711

8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week

Fax: 480-760-4739

Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that BCBSAZ Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Address: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Phone: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at

hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

BCBSAZ Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

H5587_D35619PY24_C

Aviso de No Discriminación



Health
Choice

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). BCBSAZ Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

BCBSAZ Health Choice Pathway:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991, TTY: 711

de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

Fax: 480-760-4739

Correo electrónico: HCHComments@azblue.com

Si considera que BCBSAZ Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono:

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 queja están disponibles en

hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

H5587_D35619PY24_C

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-656-8991**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-656-8991**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo: T'áá hait'éeego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólóqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjí **1-800-656-8991** nihich'í' hodílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-800-656-8991**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1-800-656-8991**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-656-8991**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-656-8991**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-656-8991** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-656-8991**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-656-8991** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-656-8991**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات للمترجم الفوري للمجانية للإجابة عن أي سئلة تتعلق بالصحة وأ جدول لأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-656-8991** ليسع ليك سوى الاتصال بنظ لي.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-656-8991** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-656-8991**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-656-8991**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-656-8991**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-656-8991**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-656-8991** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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.



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health
Choice