

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica 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 este documento, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes. Esta llamada es gratuita.

Este plan, BlueMedicare Patriot, es ofrecido por Florida Blue. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Florida Blue. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a BlueMedicare Patriot).

Este documento está disponible sin cargo en *español*.

Esta información está disponible en formatos alternativos, como letra grande, audio y braille. Llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios, el o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos;
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)
Y0011_FBM1717S 2023_C

Evidencia de Cobertura de 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?	7
SECCIÓN 3	Documentación importante de membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales por BlueMedicare Patriot	9
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	10
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan	10
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	11
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	13
SECCIÓN 1	Contactos de BlueMedicare Patriot (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	14
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	19
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	20
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	21
SECCIÓN 5	Seguro Social	22
SECCIÓN 6	Medicaid	23
SECCIÓN 7	Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	24
SECCIÓN 8	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	25
CAPÍTULO 3:	<i>Uso del plan para sus servicios médicos</i>	26
SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	27
SECCIÓN 2	Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica	28

SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	31
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	34
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	34
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	36
SECCIÓN 7	Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero.....	38
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	40
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	41
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar.....	43
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	114
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos</i>	120
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	121
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	123
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no...	123
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	125
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	126
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	138
CAPÍTULO 7:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>	140
SECCIÓN 1	Introducción.....	141
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	141
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?.....	142

SECCIÓN 4	Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	143
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	146
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	154
SECCIÓN 7	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	162
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	168
SECCIÓN 9	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones	170
CAPÍTULO 8:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	175
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan	176
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	176
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	179
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan	180
SECCIÓN 5	BlueMedicare Patriot debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	180
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	182
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	183
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	183
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	183
SECCIÓN 4	Derechos adicionales de subrogación.....	187
SECCIÓN 5	Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association.....	187
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones importantes</i>	188

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en BlueMedicare Patriot, que es un plan PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, BlueMedicare Patriot. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

BlueMedicare Patriot es un Plan Medicare Advantage PPO (PPO, en inglés, significa organización de proveedores preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. Este plan no incluye cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

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 a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Esta *Evidencia de Cobertura* describe cómo obtener atención médica. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos a su disposición como miembro de BlueMedicare Patriot.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algo que le genere confusión o le preocupe, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueMedicare Patriot cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en BlueMedicare Patriot, desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan BlueMedicare Patriot después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan BlueMedicare Patriot todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la 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 siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- Y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe el área de servicio). Se considera que las personas encarceladas no viven en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- Y -- sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para BlueMedicare Patriot

BlueMedicare Patriot está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Bay, Calhoun, Escambia, Franklin, Gadsden, Jefferson, Leon, Liberty, Okaloosa, Santa Rosa, Wakulla y Walton

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si contamos con algún plan en la nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

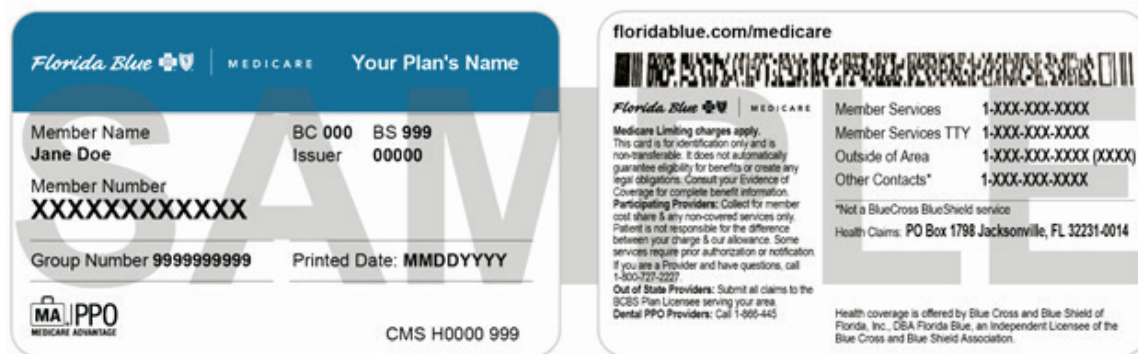
Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BlueMedicare Patriot en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro por este motivo. BlueMedicare Patriot debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan

Mientras sea miembro de nuestro plan debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de BlueMedicare Patriot, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una de reemplazo.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* detalla nuestros proveedores de la red actuales y proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de sus servicios cubiertos podría ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica.

Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en www.florida.com/medicare.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarle una (de forma electrónica o en formato impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de copias impresas de Directorios de Proveedores se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales por BlueMedicare Patriot

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima de la Parte B de mensual (Sección 4.2)

Las primas de la Parte B de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024), la sección titulada *Costos de Medicare para 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para BlueMedicare Patriot.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Reducción de la prima de la Parte B de Medicare

Como usted sabe, su prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras esté inscrito en este plan, Florida Blue pagará hasta \$75 de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social aumentará en este monto. No tiene que completar ninguna documentación para recibir este beneficio. Nosotros nos encargaremos de eso por usted.

La Administración del Seguro Social podría demorar varios meses en completar el procesamiento. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social varios meses después de la fecha de entrada en vigencia de este plan. Cualquier aumento omitido se agregará a su próximo cheque una vez que se complete el procesamiento. Tenga en cuenta que, si cancela su inscripción en este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare finalizará el día de la cancelación de la inscripción. Como se mencionó anteriormente, la Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar su procesamiento. Cualquier reducción de prima que reciba después de cancelar su inscripción eventualmente se deducirá de su cheque del Seguro Social.

Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin pagar la prima.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y número de teléfono. Le indica su cobertura específica del plan.

Los médicos, hospitales y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Por eso es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que están fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. **(Nota:** No se requiere que le informe al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, llame a Servicios para Miembros y díganoslo. También puede actualizar su información a través del sitio web www.floridablue.com/medicare. Inicie sesión en My Health Link™ y luego seleccione "My Account" (Mi cuenta). Podrá editar su perfil de miembro y enviarnos mensajes para informarnos sobre los cambios en su información.

También es importante que se comunique 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 le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año le enviaremos una carta con una lista de otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario

que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que sus otras aseguradoras le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, a su hospital y a su farmacia.

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

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

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Patriot (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo puede comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de BlueMedicare Patriot. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
TELÉFONO	<p>1-800-926-6565</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-955-8770</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes.</p>
FAX	1-305-716-9333
CORREO POSTAL	<p>Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296</p>
SITIO WEB	www.floridablue.com/medicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica
TELÉFONO	<p>1-800-926-6565</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes.</p>
TTY	<p>1-800-955-8770</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes.</p>

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica
FAX	<p>1-904-301-1614 para decisiones de cobertura</p> <p>Puede enviarnos por fax las solicitudes de decisión de cobertura estándar y rápidas (acelerada) a este número.</p> <p>1-305-437-7490 para decisiones sobre apelaciones</p> <p>Envíe por fax solamente las solicitudes de apelaciones rápidas (aceleradas).</p>
CORREO POSTAL	<p>Para decisiones de cobertura, use la dirección que figura a continuación:</p> <p>Florida Blue Medicare Utilization Management Department 4800 Deerwood Campus Parkway Building 900, 5th Floor Jacksonville, FL 32246</p> <p>Para apelaciones, use la dirección que figura a continuación:</p> <p>Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629</p>

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
TELÉFONO	<p>1-800-926-6565</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes.</p>
TTY	<p>1-800-955-8770</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes.</p>
FAX	<p>1-305-437-7490</p> <p>NOTA: Envíe por fax solamente las solicitudes de reclamos rápidos (acelerados).</p>
CORREO POSTAL	<p>Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629</p>

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Patriot directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese al sitio web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o el pago de la factura del proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*)

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
CORREO POSTAL	<u>Para solicitudes relacionadas con la atención médica:</u> Florida Blue Medicare P. O. Box 1798 Jacksonville, FL 32231-0014
SITIO WEB	www.floridablue.com/medicare

SECCIÓN 2 Medicare

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.

Método	Información de contacto de Medicare
	<p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre BlueMedicare Patriot.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infórmele a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Patriot directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, 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 Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

El SHINE es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del programa Atender las Necesidades de Seguro de Salud de las Personas Mayores (SHINE) pueden ayudarlo a que comprenda sus derechos de Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudar si tiene preguntas o problemas sobre Medicare, a que comprenda las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y a OTROS RECURSOS:

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

Método	Información de contacto de SHINE (Programa SHIP de Florida)
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.FLORIDASHINE.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Florida)
TELÉFONO	<p>Línea gratuita: 1-888-317-0751</p> <p>Local Teléfono: 1-813-280-8256</p> <p>Horario de atención de la línea de ayuda: Días entre semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutian. Fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutian.</p>
TTY	<p>1-855-843-4776</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p>
CORREO POSTAL	<p>KEPRO 5201 West Kennedy Boulevard Suite 900 Tampa, FL 33609</p>
FAX	1-844-878-7921
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en

Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
TELÉFONO	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** son los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores con discapacidad calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida.

Método	Información de contacto de la Agencia para la Administración de Atención Médica (programa Medicaid de Florida)
TELÉFONO	1-888-419-3456 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.
TTY	1-800-955-8771 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	ahca.myflorida.com/Medicaid/

SECCIÓN 7 **Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios**

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
TELÉFONO	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>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.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automática de RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p><u>rrb.gov/</u></p>

SECCIÓN 8 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las reglas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta de la Parte B y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, BlueMedicare Patriot debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

BlueMedicare Patriot cubrirá, por lo general, su atención médica si se cumple lo siguiente:

- **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 que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.

- **Reciba su atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios a través de Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de proveedores de la red y fuera de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
 - Los proveedores de nuestra red se detallan en el *Directorio de proveedores*.
 - Si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de sus servicios cubiertos podría ser mayor.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 **Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica**

Sección 2.1 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para enfermedades específicas o de una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

No necesita obtener una remisión antes de consultar a ningún tipo de especialista.

Si necesita determinados servicios o suministros cubiertos, su médico deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). La Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4 indica qué servicios requieren autorización previa.

Es posible que necesite una autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). Puede obtener la autorización del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, puede preguntarle al plan si cubrirá un servicio antes de que se le suministre. Usted o su proveedor puede solicitar que la determinación se presente por escrito. Este proceso se denomina

determinación anticipada. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. En el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo[decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también se puede obtener una autorización de un proveedor de la red que derive al miembro a un especialista fuera de la red del plan para recibir un servicio, siempre que el servicio no esté expresamente excluido de la cobertura del plan según lo detallado en el Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan?

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará de participar en nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - En el caso de que su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deje de participar en nuestro plan, se lo notificaremos si usted ha sido atendido por dicho proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores deja de participar en nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado, recibe atención o ha sido atendido por alguno de ellos en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor dentro de la red calificado al que podrá acceder para recibir atención continua.
- Si está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan. Nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y sobre las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario cubierto fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de sus servicios cubiertos podría ser mayor**. Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sea elegible para participar en Medicare.
- No necesita obtener una remisión o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, puede solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibirá están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 7). Esto es importante por lo siguiente:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si luego determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podremos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo*).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture al plan primero. No obstante, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. O bien, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

- Si está usando un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, no tendrá que pagar un monto de costo compartido mayor. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

SECCIÓN 3 **Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre**

Sección 3.1 **Cómo obtener atención ante una emergencia médica**

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su proveedor elegido (POC). *No* es necesario que use un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que se haya avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que se indica en el dorso de su tarjeta de membresía.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento.

Llame a Servicios para Miembros para verificar si el proveedor que tratará su atención médica de seguimiento se encuentra actualmente en nuestra red. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe atención de proveedores de la red, la parte que le corresponde del costo por lo general será inferior a si recibe la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de necesidad urgente?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero, dada sus circunstancias, no es posible o no 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 de necesidad urgente son i) dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana; o ii) exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

¿Qué ocurre si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

En la mayoría de las situaciones, si se encuentra en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor fuera de la red, pagará una parte mayor de los costos de su atención.

Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente, le permitiremos recibir servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y pagar el monto menor de costo compartido dentro de la red.

Puede recibir servicios de atención de urgencia en el consultorio de un médico o en un centro de atención de urgencia. Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*. Consulte el *Directorio de proveedores* en línea en www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Cubrimos los servicios de atención de urgencia y de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura se limita a un máximo de \$25,000 combinados por año calendario y no incluye la cobertura de los servicios de transporte de emergencia.
- Nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia y atención de urgencia, ya sea que los reciba dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que tenga que pagar el 100% de los cargos en el momento en que los servicios se presten cuando se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Luego, puede presentar sus reclamaciones para que se considere su reembolso. Se requerirán comprobantes de pago, traducciones y conversiones de monedas junto con el envío de reclamaciones. No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los EE. UU. ni de sus territorios.

Debe llamar al Centro de Servicios de BlueCard Worldwide al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las indicaciones sobre proveedores internacionales), o llame con costo revertido al 1-804-673-1177 para recibir ayuda para coordinar un acuerdo de facturación con el proveedor extranjero.

Nuestro plan incluye la cobertura de servicios de urgencia en cualquier parte del mundo. Para obtener información adicional sobre la cobertura de servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos, consulte el Capítulo 4.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.floridablue.com/medicare para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le corresponde pagar por los servicios cubiertos del plan o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en caso de servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

BlueMedicare Patriot cubre todos los servicios médicamente necesarios, como se detalla en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, es su responsabilidad pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Además, una vez que alcance el límite de beneficios, los costos adicionales que pague por los servicios que están cubiertos por ese beneficio **no se descontarán** de ningún máximo de su bolsillo del plan.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también se conoce como *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y los científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple los requisitos del estudio, y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos comunica que está en un

ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si usted paga más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe o que obtenga nuestra aprobación. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no comprende los beneficios por los cuales nuestro plan se responsabiliza y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos abarcan ciertos beneficios especificados en las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) y en las Exenciones de Dispositivos de Investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Original para los inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que lo notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de esa participación.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar

la documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Entonces usted debería notificar al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y enviar la documentación, como la factura de un proveedor, al plan. El plan le pagaría \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe enviar la documentación a su plan, como la factura de un proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los artículos o servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una

institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 **Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que es **no exceptuado**.

- El tratamiento o la atención médica que **no estén exceptuados** hacen referencia al tratamiento o a la atención médica que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el tratamiento o la atención médica que *no* se consideran voluntarios y que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, rigen las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención como paciente internado o en un centro de enfermería especializada.
 - *Además*, debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Su estadía en una institución religiosa de atención sanitaria no médica no está cubierta por nuestro plan si no obtiene una autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan que esté sujeta a las mismas limitaciones de cobertura de atención como paciente internado o en un centro de enfermería especializada que hubiese podido recibir. Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura y la información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones de la cobertura en un hospital para pacientes internados y un centro de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierta cantidad de pagos en nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital indicados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero (DME) pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de BlueMedicare Patriot, no tendrá posesión de los artículos de equipo médico duradero (DME) alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá hacer otros 13 pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para adquirir el artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del artículo una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos previos (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, BlueMedicare Patriot cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno

- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja BlueMedicare Patriot o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*

SECCIÓN 1 **Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se detalla cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de BlueMedicare Patriot. Más adelante en este capítulo encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 **Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que está en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga el coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que está en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de Medicaid o de elegibilidad para QMB, si corresponde.

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

Conforme a nuestro plan, existen dos límites diferentes sobre lo que usted debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) dentro de la red** es de \$5,500. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y los coseguros para los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por los servicios de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red). Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$5,500 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo

durante el resto del año cuando consulte a proveedores dentro de nuestra red. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

- El **monto máximo combinado que paga de su bolsillo** es de \$8,950. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y los coseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. (Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado). Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$8,950 por los servicios cubiertos, tendrá cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de BlueMedicare Patriot, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos aparte adicionales, lo que se llama **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. En general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor, como en los siguientes casos:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.

- o Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, entonces usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha *facturado el saldo*, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre BlueMedicare Patriot y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta 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 cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa) de BlueMedicare Patriot.
 - o Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están marcados **en negrita** en la Tabla de beneficios médicos.
 - o Nunca necesita aprobación por adelantado para servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
 - o Si bien no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.


Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En el caso de otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y usted 2024]. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.




Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.



Tabla de beneficios médicos


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se lo define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquel que tiene una duración de 12 semanas o más. • Aquel que no es específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No relacionadas con cirugías. • Aquel que no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p>	<p>SOLO para servicios de acupuntura: Se requiere revisión de la Necesidad médica para más de 12 visitas, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso.</p> <p>Requisitos de proveedores:</p> <p>Los médicos (según se define en la Sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales correspondientes.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se define en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y si tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), §§ 410.26 y 410.27.</p>	


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.</p> <p>Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>Si se llama a una ambulancia y se rechaza el traslado en ambulancia, los servicios facturados no estarán cubiertos.</p>	<p>Excepto para atención de emergencia, se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$250 por cada viaje de ida cubierto por Medicare (viaje de ida)</p> <p><u>Fuera de la red</u> Copago de \$250 por cada viaje de ida cubierto por Medicare (viaje de ida)</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Esto tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una visita de Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p> <p>Es posible que no reciba una visita de bienestar anual brindada por un obstetra/ginecólogo y otra brindada por su POC dentro de un periodo de 12 meses. Florida Blue ha elegido extender este beneficio para que se ofrezca una vez por año calendario incluso si es dentro de los 12 meses de su última visita.</p> <p>Nuestro plan solo cubre atención preventiva aceptada por Medicare según lo estipulado por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Para la atención médica de rutina de la mujer, Medicare cubre exámenes de las mamas, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos. Nuestro plan no cubre todos los demás servicios físicos o preventivos de rutina que no están especificados como cubiertos por Medicare, incluidos los exámenes físicos de rutina de un obstetra/ginecólogo.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p> Prueba 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 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. <p>Nota: Las pruebas de diagnóstico resultantes de un examen de detección de cáncer de mama (mamografías), o realizadas junto con mamografías (como las ecografías de mamas), están sujetas a los montos de costos compartidos correspondientes. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en la Tabla de beneficios para obtener más información.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca regulares.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$35 para las visitas de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$65 para las visitas de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p> Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir la presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento del comportamiento intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Apoyo de un cuidador</p> <p>Brindamos cobertura para orientación, educación y servicios de apoyo, como asesoramiento y cursos de capacitación para cuidadores de miembros. Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una herramienta web que presenta contenido educativo que abarca temas relacionados con la salud, los recursos económicos, la vida para adultos mayores, la atención domiciliaria y el estilo de vida. • Acceso para que los cuidadores y los familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para gestionar documentos, mantenerse organizado y estar al tanto de las próximas actividades y citas. • Herramientas de búsqueda de recursos comunitarios (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y búsqueda de atención domiciliaria). <p>Nuestros beneficios están disponibles a través de nuestro proveedor participante. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> No disponible</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</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 corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropraxia</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Solo</u> cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. <p>Nota: No se cubren las visitas al consultorio, las modalidades terapéuticas (es decir, fisioterapia) y las radiografías realizadas o solicitadas por un quiropráctico.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 para cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios **Prueba de detección de cáncer colorrectal**

Cubrimos las siguientes pruebas de detección:

- La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o a los 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no sean de alto riesgo después de que se le haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.
- Prueba de sangre oculta en las heces fecales para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.
- Pruebas de ADN en heces de objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad, que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo. Se puede realizar a los 24 meses de la última prueba de detección de enema de bario o la última colonoscopia de detección.

Dentro de la red


No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de cáncer colorrectal, incluido el de enema de bario, cubiertos por Medicare. Si durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Consulte también la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.

Consulte también la sección “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.



Fuera de la red


El 45% del monto permitido por Medicare.


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años que no sean de alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o de sigmoidoscopia flexible. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección subsiguiente después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, en especial, cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales que se realizan como preparación para un tratamiento con radiación contra el cáncer y que afecta la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) para servicios dentales cubiertos por Medicare. 	<p>Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$45 para la atención dental que no es de rutina cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales* (beneficios adicionales)</p> <p>También cubrimos los siguientes servicios y suministros dentales adicionales no cubiertos por Medicare:</p> <p>SERVICIOS PREVENTIVOS</p> <p><u>Evaluaciones bucales clínicas</u> 2 evaluaciones por año calendario (combinado con D0150) D0120: evaluación bucal periódica D0150: evaluación bucal integral, paciente nuevo o establecido <i>Las evaluaciones bucales integrales (D0150) se limitan a 1 por vida, por dentista, pero también se tienen en cuenta para el límite de 2 evaluaciones por año calendario.</i></p> <p><u>Diagnóstico por imágenes (radiografías)</u> Máximo de 1 conjunto por año calendario D0270: mordida (una sola radiografía) D0272: mordida (dos radiografías) D0273: mordida (tres radiografías) D0274: mordida (cuatro radiografías) D0277: mordida vertical (7-8 radiografías) <i>Cualquiera de los códigos mencionados anteriormente constituye un conjunto.</i></p> <p>1 juego cada 3 años (combinado D0210, D0330) D0210: intrabucal (serie completa de radiografías) D0330: radiografía panorámica <i>Cualquiera de los códigos mencionados anteriormente constituye un conjunto. Los servicios de imágenes intrabucal y panorámicas se cuentan contra el límite de 1 conjunto por año.</i></p> <p><u>Profilaxis dental (limpiezas)</u> 2 por año calendario D1110: profilaxis para adultos</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55% de las tarifas no participantes.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55% de las tarifas no participantes.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55% de las tarifas no participantes.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales* (beneficios adicionales) (continuación)	
SERVICIOS INTEGRALES	
<p><u>Ajustes, reparaciones y revestimientos de dentaduras postizas</u> Máximo 2 por año calendario (combinado D5410, D5411, D5421, D5422) D5410: ajuste de dentadura postiza completa, maxilar D5411; ajuste de dentadura postiza completa, mandibular D5421: ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar D5422: ajuste de dentadura postiza parcial; mandibular</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55% de las tarifas no participantes.</p>
<p><u>Extracciones simples</u> Máximo 2 por año calendario para un diente brotado o expuesto. Incluye anestesia local, sutura y atención posoperatoria de rutina. D7140: extracción, diente brotado o raíz expuesta (extracción con elevación o fórceps)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro paga por adelantado y se le reembolsa el 55% de las tarifas no participantes.</p>
<p>Los montos que paga por estos servicios y suministros dentales adicionales no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red o combinado fuera de la red.</p>	
<p>Los beneficios están sujetos a los términos de cobertura vigentes en la fecha en que se reciben los servicios y pueden cambiar si los beneficios o el plan de tratamiento propuesto cambia. Las predeterminaciones o preestimaciones no son una garantía de pago. Los beneficios pueden cambiar de un año a otro si un plan de tratamiento dura dos años. Verifique que sus beneficios estén vigentes para la fecha en que se prestan los servicios a fin de determinar qué cobertura está en vigor.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación sobre la autogestión de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Todo DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare está cubierto por nuestro plan. Es posible que la cobertura de suministros y artículos de DME necesite una coordinación de Florida Blue Medicare o de nuestro proveedor contratado de DME. Llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para obtener información adicional. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y dispositivos de lanceta cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para zapatos terapéuticos y plantillas para diabéticos.</p> <p>Copago de \$0 para capacitación sobre la autogestión de la diabetes.</p> <p>Coseguro del 20% para medicamentos administrados a través de bombas de infusión u otro DME.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El 45% del monto permitido por Medicare para la capacitación sobre la autogestión de la diabetes.</p> <p>El 45% del monto permitido por Medicare para servicios y suministros para diabéticos.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Florida Blue Medicare cubre medidores de glucosa, lancetas, insulina para uso en una bomba y tiras reactivas como parte de su beneficio médico (Parte B de Medicare). La insulina para uso con bomba se puede obtener en una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare o a través de nuestra red de DME participante. Los medidores de glucosa y las tiras reactivas Lifescan (OneTouch®) se pueden obtener de una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare. Lifescan (OneTouch®), así como otras marcas de medidores de glucosa y tiras reactivas, también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante. <p>Es posible que la cobertura de los monitores continuos de glucosa (CGM) de necesidad médica, como Freestyle Libre y Dexcom, y los suministros requieran una autorización previa de Florida Blue Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los CGM pueden obtenerse a través de una farmacia de pedido por correo o farmacia minorista contratada. El llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor participante de DME. <ul style="list-style-type: none"> Puede obtener reposiciones adicionales a través de su farmacia minorista contratada o farmacia de pedido por correo. Nota importante: Es posible que la cobertura de suministros y artículos de DME necesite una coordinación de Florida Blue Medicare o de nuestro proveedor contratado de DME. <p>Nota: Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar una farmacia minorista contratada.</p>	<p>El 45% del monto permitido por Medicare para calzados terapéuticos o plantillas para diabéticos</p> <p>El 45% del monto permitido por Medicare para medicamentos administrados a través de bombas de infusión u otro DME.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en: www.floridablue.com/medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es posible que la cobertura de los suministros y artículos de DME médicamente necesarios necesite coordinación con nuestro proveedor de DME. • También cubrimos la insulina cuando se utiliza en una bomba de infusión como parte de su beneficio de DME. <p>Es posible que la cobertura de los monitores continuos de glucosa (CGM) de necesidad médica, como Freestyle Libre y Dexcom, y los suministros requieran una autorización previa de Florida Blue Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los CGM pueden obtenerse a través de una farmacia de pedido por correo o farmacia minorista contratada. 	<p>Es posible que se necesite autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de un coseguro mensual del 0%.</p> <p>El costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si, antes de inscribirse en BlueMedicare Patriot, usted pagó durante 36 meses el alquiler del equipo de oxígeno, su costo compartido en BlueMedicare Patriot es de un coseguro mensual del 0%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% para todos los equipos médicos duraderos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare, excepto sillas de ruedas motorizadas y escúteres eléctricos.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor participante de DME. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Puede obtener reposiciones adicionales a través de su farmacia minorista contratada o farmacia de pedido por correo. <p>Nota: Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar una farmacia minorista contratada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 20% para todas las sillas de ruedas motorizadas y los escúteres eléctricos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare. • Coseguro del 20% para medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME cubierta. <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Capacitación sobre la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Consulte también la sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a servicios con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>Consulte también “Servicios de necesidad urgente”.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$120 para cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>No deberá pagar el copago si ingresa en el hospital durante las 48 horas posteriores a haber recibido tales servicios.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su afección de emergencia se estabilice, debe cambiarse a un hospital de la red para pagar el monto del costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de que fuese estabilizado. Si permanece en un hospital fuera de la red, la estadía estará cubierta, pero usted deberá pagar el monto del costo compartido fuera de la red por la parte de la estadía después de que fuese estabilizado.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia (en todo el mundo)</p> <p>Excepto para transporte de emergencia en todo el mundo, nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia, ya sea que los reciba dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que tenga que pagar el 100% de los cargos en el momento en que los servicios se presten cuando se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Luego, puede presentar sus reclamaciones para que se considere su reembolso. Se requerirán comprobantes de pago, traducciones y conversiones de monedas junto con el envío de reclamaciones.</p> <p>No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los EE. UU. ni de sus territorios.</p> <p>Debe llamar al Centro de Servicios de BlueCard Worldwide al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las indicaciones sobre proveedores internacionales), o llame con costo revertido al 1-804-673-1177 para recibir ayuda para coordinar un acuerdo de facturación con el proveedor extranjero.</p>	<p>Fuera de la red Copago de \$120 para los servicios de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>No deberá pagar el copago si ingresa en el hospital durante las 48 horas posteriores a haber recibido tales servicios.</p> <p>Los beneficios para la atención de emergencia y la atención de urgencia recibidas fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limitan a un máximo combinado de \$25,000 por año calendario y no incluyen la cobertura de servicios de transporte de emergencia.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p data-bbox="105 346 893 409"> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p data-bbox="105 430 1006 514">El plan cubre los siguientes beneficios de educación sobre salud y bienestar:</p> <p data-bbox="105 535 324 577">SilverSneakers</p> <ul data-bbox="154 609 1039 1543" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="154 609 1039 1081">• El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® de Tivity Health está diseñado exclusivamente para beneficiarios de Medicare. Los miembros elegibles reciben una membresía básica de acondicionamiento físico con acceso a comodidades y clases de acondicionamiento físico, incluidas las clases de SilverSneakers diseñadas para mejorar la fuerza y resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. Para obtener más información y encontrar un centro participante de SilverSneakers, visite el sitio web silversneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este). <li data-bbox="154 1113 1039 1543">• Como alternativa para los miembros que no pueden ir a una sede participante de SilverSneakers, está disponible SilverSneakers® Steps. SilverSneakers Steps es un programa de actividad física autodirigida que les permite a los miembros medir, registrar e incrementar la actividad física que elijan. Steps proporciona el equipo, las herramientas y la motivación necesarios para que los miembros logren un estilo de vida más saludable mediante un aumento de la actividad física. Los miembros elegibles del plan pueden inscribirse en SilverSneakers Steps en silversneakers.com/member. 	<p data-bbox="1071 430 1518 598">Su participación en el Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers no tiene costo alguno.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$45 por los servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Servicios de audición* (beneficios adicionales)</p> <p>También cubrimos los siguientes servicios de audición adicionales no cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes auditivos de rutina: un examen por año</p> <p>Evaluación y ajuste de audífonos: una evaluación o ajuste de audífonos por año</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para obtener un reembolso del 55% del máximo permitido</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar los recibos para obtener un reembolso del 55% del máximo permitido</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición* (beneficios adicionales) (continuación)</p> <p>Audífonos: hasta 2 audífonos por año</p> <p>Se deben obtener servicios de audición adicionales a través de nuestro proveedor participante para recibir beneficios dentro de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros para recibir más ayuda.</p> <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas de seguimiento dentro del primer año de la fecha de ajuste inicial con el proveedor original • Período de prueba de 60 días desde la fecha de ajuste • 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años. Únicamente para audífonos no recargables) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo por 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono) • Primer conjunto de moldes de oídos (cuando sea necesario) <p>Los montos que paga por estos servicios y suministros adicionales de atención de la audición no cuentan para el monto máximo de los costos que paga de su bolsillo dentro de la red.</p> <p>Los beneficios no se pueden trasladar al siguiente año de beneficios.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p><u>Nivel de tecnología: Copago por audífono</u></p> <p>Entrada de \$350.00 por dispositivo</p> <p>Básico de \$525.00 por dispositivo</p> <p>Prima de \$825.00 por dispositivo</p> <p>Preferido de \$1,125.00 por dispositivo</p> <p>Avanzado \$1,425.00 por dispositivo</p> <p>Premium, \$1,825.00 por dispositivo</p> <p>Sujeto al beneficio máximo.</p> <p>El miembro debe pagar cualquier monto una vez que se haya aplicado el beneficio máximo.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El miembro debe presentar los recibos para obtener un reembolso del 55 % del precio habitual de los audífonos básicos aprobados. Hasta 2 dispositivos por año.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 para las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare (incluidos los servicios de infusión en el hogar, pero sin incluir los medicamentos de infusión).</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Agencia de atención médica a domicilio (continuación)</p>	<p>Consulte también la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre los medicamentos de infusión.</p> <p>Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales o inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención • Capacitaciones y educación para pacientes que no están cubiertos de otra manera por el beneficio del equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para cada servicio de terapia de infusión en el hogar cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El 45% del monto permitido por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre los medicamentos de infusión.</p> <p>Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Cuando se le admite para cuidados de hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no BlueMedicare Patriot, paga los servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$0 por consulta médica para la elección de servicios de hospicio.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean una emergencia ni de necesidad urgente que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido del plan para los servicios fuera de la red. <p><u>Para los servicios cubiertos por BlueMedicare Patriot, pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:</u> BlueMedicare Patriot seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicio.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunación</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare 	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago de ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, hepatitis B y la COVID-19.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos 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 a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>No hay límite de cantidad de días de hospitalización cubiertos.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos 	<p>Se requiere autorización previa para la atención hospitalaria que no sea de emergencia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada estadía en el hospital. También se aplicarán costos compartidos si lo vuelven a admitir para la misma afección.</p>



Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BlueMedicare Patriot presta servicios de trasplante en un sitio fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en un sitio alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante 	<p>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Días 1 a 4: copago de \$350 por día (por estancia cubierta por Medicare), que incluye el día de la admisión y el día del alta.</p> <p>Después del día 4, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> <p>Si obtiene <i>autorización</i> para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite Servicios médicos <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe emitir una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente <i>ambulatorio</i>. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios de sangre, incluido el almacenamiento y la administración.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Medicare limita hasta un máximo de 190 días los servicios de salud mental cubiertos para pacientes internados que se proporcionan en un hospital psiquiátrico. Estos 190 días se denominan “límite de por vida”. • El límite de 190 días durante la vida no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días de servicios de atención médica de salud mental para pacientes internados por admisión. También cubrimos 60 días adicionales durante su vida. Estos se llaman “Días de reserva de por vida”. Si necesita más de 90 días de atención médica de salud mental para pacientes internados, puede usar sus días de reserva de por vida. Una vez que se hayan utilizado todos estos días de reserva de por vida, su cobertura de atención médica de salud mental para pacientes internados se limitará a 90 días por admisión. 	<p>Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes internos que no sean de emergencia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada estadía en el hospital. También se aplicarán costos compartidos si lo vuelven a admitir para la misma afección.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Días 1 a 5: copago de \$318 por día (por estancia cubierta por Medicare), que incluye el día de la admisión y el día del alta.</p> <p>Días 6 a 90: copago de \$0 por día (por estancia cubierta por Medicare).</p> <p>Días de reserva de por vida: El plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Servicios médicos: Para obtener información sobre la cobertura de los servicios de atención primaria y de especialistas cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios de médicos/practicantes” en esta Tabla de beneficios.</p> <p>Terapia ocupacional, fisioterapia, y terapia del habla y del lenguaje Para las terapias cubiertas por Medicare, consulte la sección “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” en esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>Pruebas de diagnóstico, radiografías, radioterapia (incluye vendajes quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos) Para los servicios cubiertos por Medicare, consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en la Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	<p><i>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados</i> Para equipos, dispositivos y suministros relacionados cubiertos por Medicare, consulte la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” en esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p> <p><i>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</i> Para dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare, consulte la sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” en esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Tratamiento médico nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para cambios de salud del comportamiento que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina que se proporciona a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Antígenos 	<p>Se requiere autorización previa para medicamentos de la Parte B de Medicare (excepto las inyecciones para alergias), solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Puede consultar una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare sujetos a los requisitos de tratamiento escalonado en nuestro sitio web: www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias <p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a un tratamiento escalonado: www.floridablue.com/providers/tools-resources/Part-B-Step-Therapy</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p>	<p><i>Los costos compartidos de insulina están sujetos a un límite de coseguro de \$35 para el suministro de insulina de un mes.</i></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$5 para los sueros de antígeno antialérgicos cubiertos por Medicare. • Coseguro del 20% para todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos a un coseguro del 20%. También pagará costos compartidos por los servicios profesionales asociados prestados en el consultorio médico o en un centro para pacientes ambulatorios, según la ubicación del servicio (excepto los medicamentos de quimioterapia).</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p>	<p>Excepción: Las hospitalizaciones cubiertas por Medicare solo están sujetas al copago diario; todos los medicamentos de la Parte B de Medicare están incluidos, excepto los medicamentos aprobados para la autoadministración. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Fuera de la red El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p> <p>Fuera de la red El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por el consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura para tratar dicho trastorno mediante un Programa de Tratamiento por el Consumo de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento ante el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Análisis de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Puede requerirse autorización previa para los servicios no urgentes, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 para los servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias, incluidos los servicios de imágenes avanzadas (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía computarizada [CT] y pruebas de medicina nuclear) 	<p>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$15 cuando las radiografías se realizan en el consultorio de un médico o en un centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF).</p> <p>Copago de \$150 cuando se realizan radiografías en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Coseguro del 20% por la radioterapia.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de sangre, incluido el almacenamiento y la administración.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)	<p>Copago de \$75 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico, incluidas las ecografías, en todos los centros de servicio, excepto los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por los servicios de laboratorio prestados en un Laboratorio Clínico Independiente (ICL). • Copago de \$40 para los servicios de laboratorio solo cuando se brindan en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. • Copago de \$0 para pruebas de alergia. • Copago de \$0 para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes si se brindan en el consultorio de un médico. • Copago de \$0 por los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF). • Copago de \$75 cuando se brindan servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Observación ambulatoria en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta.</p> <p>Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se brindan a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$120 para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un <i>paciente ambulatorio</i>. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las visitas a la sala de emergencia cubierta por Medicare, consulte la sección “Atención de emergencia” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. • Para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$10 para las visitas al consultorio de un proveedor de su elección en una clínica profesional gestionada por un centro.• Copago de \$45 para todas las demás visitas al consultorio de especialistas en una clínica profesional operada por un centro.• Copago de \$300 para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que no sean los siguientes:<ul style="list-style-type: none">o Para obtener información sobre los servicios de observación cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	<ul style="list-style-type: none">o Para obtener información sobre la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare, consulte la sección “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.o Para obtener información sobre los servicios de laboratorio, pruebas de diagnóstico, radiografías y otros servicios de radiología cubiertos por Medicare, consulte la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	<ul style="list-style-type: none">o Para los servicios de salud mental cubiertos por Medicare, consulte la sección “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.o Para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios de hospitalización parcial” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.o Para suministros médicos cubiertos por Medicare, como férulas y yesos, consulte la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> o Para los medicamentos de quimioterapia, los medicamentos de infusión cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Servicios de rehabilitación cardíaca” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Consulte también la sección “Servicios de rehabilitación pulmonar” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Consulte también la sección “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, licenciado en consejería profesional (LPC), licenciado en terapia de pareja y familiar (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal correspondiente.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa para los servicios no urgentes, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para los servicios especializados de salud mental y los servicios psiquiátricos para sesiones individuales o grupales.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare por cada visita de terapia individual o grupal.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$40 para terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en todos los centros de servicio.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias tóxicas que se proporcionan en el hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio para el tratamiento del abuso de sustancias tóxicas o que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno ambulatorio.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa para los servicios no urgentes, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare por cada visita de terapia individual o grupal.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice por escrito una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un <i>paciente ambulatorio</i>.</p>	<p>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$300 por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio. • Copago de \$300 por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Cada tres meses recibirá una asignación de beneficios de \$50 para la compra de artículos elegibles. El monto de la asignación no utilizado o restante se anulará y no se transfiere al trimestre siguiente. Recibirá por correo un catálogo de productos de venta libre (OTC) donde se le brindará más información sobre este beneficio, incluidas instrucciones para su uso.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 para la asignación para artículos de venta libre.</p> <p><u>Fuera de la red</u> No disponible</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de salud del comportamiento (mental) que se proporciona en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa para los servicios no urgentes, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico 	<p><u>Dentro de la red</u> <i>Visitas al consultorio</i> Copago de \$10 por las visitas al consultorio de un proveedor de su elección.</p> <p>Copago de \$45 para las visitas al consultorio del especialista.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Atención primaria y de urgencia, dermatología, salud del comportamiento (incluidos tratamientos ambulatorios con opioides y por abuso de sustancias tóxicas), terapia a domicilio (incluye terapias del habla y ocupacional y fisioterapia), servicios nutricionales y dietéticos <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe acudir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. ○ Debe usar uno de nuestros proveedores preferidos o un proveedor aprobado por el plan. Consulte la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios para obtener más información. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos concurrentes de salud mental, sin importar su ubicación 	<p><i>NOTA: Las pruebas de laboratorio y las pruebas de diagnóstico en el consultorio de un proveedor de su elección (POC) o de un especialista se incluyen como parte del copago aplicable para las visitas al consultorio.</i></p> <p>Copago de \$0 para todos los demás servicios profesionales no especificados en esta tabla.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u> <i>Servicios profesionales prestados en el centro</i> Copago de \$0 por los servicios profesionales prestados en un centro cuando los costos compartidos se aplican a la factura del centro por el mismo servicio.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p> <p><i>Servicios auditivos cubiertos por Medicare</i> Consulte la sección “Servicios de audición” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental en estos casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita presencial dentro de 6 meses antes de su primera visita por telesalud. ○ Tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud con calificación federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos si cumple con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio de los últimos 7 días; ○ el control no requiere una visita al consultorio en 24 horas o en la cita más próxima disponible. • Evaluación de videos o imágenes que haya enviado, e interpretación y seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas si cumple con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; ○ la evaluación no requiere una visita al consultorio en 24 horas o en la cita más próxima disponible. 	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Consulte la sección “Servicios dentales” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>Inyecciones para alergias, quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos a los costos compartidos aplicables por el medicamento más cualquier copago aplicable por los servicios profesionales para administrar el medicamento, según la ubicación del servicio (excepto los medicamentos de quimioterapia).</p> <p>Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico tiene con médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) • Inyecciones para alergias, quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare • Radiografías <p>Nota: Un médico de atención primaria es un profesional de práctica general, un médico de familia, un médico de medicina interna, un geriatra o un pediatra. Se considera que todos los demás médicos son especialistas.</p>	<p><i>Pruebas de diagnóstico, radiografías, radioterapia (incluye vendajes quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos)</i></p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare, consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en la Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>
<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 de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$35 para cada visita de podiatría cubierta por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) <p>Nota: Las pruebas de diagnóstico resultantes de los exámenes de detección de cáncer de próstata están sujetas a los montos de costos compartidos correspondientes. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en la Tabla de beneficios para obtener más información.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, soportes, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la eliminación de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red.</p> <p>Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Las órtesis se incluyen en esta categoría.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Coseguro del 20% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare, suministros relacionados con dispositivos protésicos y órtesis.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y tienen un orden del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica para comenzar un tratamiento de rehabilitación pulmonar.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$15 para las visitas de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo de alcohol cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de tabaquismo de, al menos, 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito para una LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que la facilitó un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier visita apropiada. Si el médico o el profesional no médico calificado deciden ofrecer una visita de asesoramiento y toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT), la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales casos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento del comportamiento de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal en toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente). 	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Coseguro del 20% para los servicios de diálisis en todos los lugares de servicio.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 para servicios educativos sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial) • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 45% del monto permitido por Medicare para los servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Consulte también la sección “Agencia de atención médica a domicilio” de esta Tabla de beneficios.</p> <p>Consulte también la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y suministros relacionados” en esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 10 de este documento, figura una definición de centro de atención de enfermería especializada. Los centros de atención de enfermería especializada suelen llamarse SNF).</p> <p>La cobertura se limita a 100 días por periodo de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente brindan los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF 	<p>Se requiere autorización previa para todas las admisiones como paciente interno a centros de enfermería especializada, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día (por periodo de beneficios).</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$160 por día (por periodo de beneficios).</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de sangre, incluido el almacenamiento y la administración.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente brindan los SNF • Servicios de médicos o profesionales <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más adelante, es posible que deba pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un centro de atención de enfermería especializada (SNF) donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que se retire del hospital. 	<p>Un “periodo de beneficios” comienza el día en que ingresa a un SNF. Finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin hospitalización. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>Fuera de la red El 45% del monto permitido por Medicare.</p> <p>Consulte también la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico” de esta Tabla de beneficios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago de ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tengan una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio médico 	<p>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$25 por cada sesión de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas <p>El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	
<p>Telesalud (beneficios adicionales)</p> <p>Usted tiene la opción de recibir ciertos servicios ya sea a través de una visita presencial o a través del servicio de telesalud. La telesalud es una forma de acceder a la atención médica a distancia por medio de la tecnología (p. ej., teléfono, computadora y dispositivos inteligentes).</p> <p>Para atención primaria y de urgencia, dermatología, salud del comportamiento selecta, y servicios nutricionales y dietéticos, tiene acceso a través de Teladoc®. Teladoc® es nuestro proveedor participante para estos servicios que utiliza médicos certificados por la junta médica con licencia.</p> <p>También puede recibir por telesalud servicios para otras afecciones de salud del comportamiento, como psiquiatría/salud mental, tratamiento con opioides y abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios; y terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios, incluidas del habla y ocupacional y fisioterapia. Tenemos proveedores participantes en nuestra red que ofrecen visitas de telesalud para estos servicios. Para poder recibir estos servicios, debe tener una receta del profesional clínico que le atiende.</p>	<p>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$30 por servicios de urgencia • Copago de \$10 para los servicios de atención primaria • Copago de \$40 para terapia ocupacional y del habla y fisioterapia • Copago de \$45 para servicios de dermatología

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Telesalud (beneficios adicionales) (continuación)</p> <p>Algunos servicios aprobados por el plan, que se extienden más allá de esta lista de proveedores, ofrecen servicios de telesalud cubiertos por la Parte B. Estas ofertas varían según el profesional clínico.</p> <p>No todos los servicios están disponibles por telesalud. Puede validar las ofertas de telesalud de sus proveedores comunicándose directamente con ellos o con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro.</p> <p>Los servicios de telesalud cubiertos por la Parte B tienen los mismos costos compartidos que las visitas en persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 para sesiones individuales de servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios • Copago de \$20 para sesiones individuales de servicios especializados de psiquiatría para pacientes ambulatorios • Copago de \$20 para los servicios del Programa de tratamiento con opioides • Copago de \$20 para sesiones individuales de servicios especializados sobre abuso de sustancias tóxicas como paciente ambulatorio • Copago de \$0 para la capacitación sobre la autogestión de la diabetes • Copago de \$0 para servicios dietéticos <p>Fuera de la red El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de necesidad urgente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable que obtenga inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Los siguientes son ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios inmediatos para tratar una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o si, dadas sus circunstancias, no es razonable que obtenga inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, El costo compartido para los servicios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que paga por dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Para los servicios de necesidad urgente prestados fuera de la zona de cobertura, el costo compartido es el mismo que paga para dichos servicios prestados dentro de la red. En el caso de servicios de necesidad urgente fuera del país, consulte a continuación si los necesita (en todo el mundo).</p> <p>Consulte la Sección 2.2: <i>Cómo obtener atención usando el beneficio opcional de visitante o viajero de nuestro plan</i>. Para obtener más información sobre cómo acceder a atención fuera de nuestra red.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Copago de \$30 para la atención de urgencia cubierta por Medicare cuando los servicios se brindan en un centro de atención de urgencia.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia (continuación)</p> <p>Centros de atención de conveniencia</p> <p>Los centros de atención de conveniencia son clínicas de atención sin necesidad de cita que se especializan en el tratamiento de enfermedades comunes y proporcionan servicios básicos de detección de enfermedades.</p>	<p>Copago de \$30 para los servicios cubiertos por Medicare prestados en un centro de atención conveniente.</p> <p>El copago <u>no</u> se exige en caso de ingreso en el hospital.</p> <p>Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.</p>
<p>Servicios de necesidad urgente (en todo el mundo)</p> <p>Excepto para emergencias en todo el mundo y servicios de transporte de urgencia, nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia si los recibe dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que tenga que pagar el 100% de los cargos en el momento en que los servicios se presten cuando se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Luego, puede presentar sus reclamaciones para que se considere su reembolso. Se requerirán comprobantes de pago, traducciones y conversiones de monedas junto con el envío de reclamaciones.</p> <p>No ofrecemos transporte en ambulancia fuera de los EE. UU. ni de sus territorios.</p> <p>Debe llamar al Centro de Servicios de BlueCard Worldwide al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las indicaciones sobre proveedores internacionales), o llame con costo revertido al 1-804-673-1177 para que Florida Blue pueda ayudar a coordinar un acuerdo de facturación con el proveedor extranjero.</p> <p>Hay un beneficio máximo combinado de \$25,000 por año para servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Copago de \$120 para los servicios de urgencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los EE. UU. o sus territorios.</p> <p>Los beneficios para la atención de urgencia y de emergencia que se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limitan a un máximo combinado de \$25,000 por año calendario y no incluyen la cobertura de servicios de transporte de emergencia.</p> <p>El copago <u>no</u> se exige en caso de ingreso en el hospital.</p>


Servicios cubiertos**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios **Atención de la vista**

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:


- Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.
- Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son aquellas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticas, afroamericanas mayores de 50 años e hispanoamericanas mayores de 65 años.
- Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda).

Dentro de la red

- Copago de \$45 para servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.
- Copago de \$0 para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.
- Copago de \$0 para los exámenes de retina para diabéticos.
- Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.
 - o Las monturas básicas se cubrirán hasta el límite del monto del programa de tarifas de Medicare.
 - o Se cubrirán los cristales básicos en su totalidad según lo indique la receta. No se cubrirán otros artículos (p. ej., recubrimientos antideslumbrantes o transicionales).

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista (continuación)</p>	<p>Las refracciones oculares realizadas únicamente con el propósito de recetar anteojos no están cubiertas por los beneficios de atención de la vista cubiertos por Medicare de nuestro plan.</p> <p>Consulte también <i>“Atención de la vista* (beneficios adicionales)”</i>.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare para los servicios y suministros de atención de la vista cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de la vista* (beneficios adicionales)</p> <p>También cubrimos los siguientes servicios de la vista adicionales no cubiertos por Medicare:</p> <p>Examen de la vista de rutina (refracción ocular): 1 por año</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 55% del monto permitido dentro de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de la vista* (beneficios adicionales) (continuación)</p> <p>Anteojos: asignación de \$200 por año para la compra de cristales, monturas o lentes de contacto</p> <p>El miembro es responsable de los costos que excedan el máximo del beneficio.</p> <p>Se deben obtener servicios de la vista adicionales a través de nuestro proveedor participante para recibir beneficios dentro de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más ayuda.</p> <p>Los ajustes de los lentes de contacto o las mejoras de los anteojos están sujetos a la tarifa habitual y normal del proveedor.</p> <p>Los montos que paga por estos servicios y suministros de la vista adicionales no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red o combinado fuera de la red.</p> <p>Los beneficios no se pueden trasladar al siguiente año de beneficios.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0</p> <p>Sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.</p> <p>El miembro es responsable de pagar cualquier monto que supere la asignación máxima anual de beneficios del plan.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 55% del monto permitido dentro de la red.</p> <p>El miembro es responsable de todos los montos que exceden el monto permitido del 55% dentro de la red o cualquier monto que exceda la asignación máxima anual de beneficios del plan.</p> <p>El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva Bienvenido a Medicare una sola vez. La visita incluye una revisión de la salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El 45% del monto permitido por Medicare.</p>

Sección 2.2 Cómo obtener atención usando el beneficio opcional de visitante o viajero de nuestro plan

Generalmente, si no se muda de forma permanente, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan en caso de que usted se ausente del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses de manera continua. Sin embargo, ofrecemos un programa para visitantes/viajeros en 48 estados y 2 territorios: Alabama, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia y Wisconsin. En algunos de los estados enumerados, las redes MA PPO solo están disponibles en algunas partes del estado, lo que le permitirá permanecer inscrito cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio por menos de 12 meses. Con nuestro programa para visitantes/viajeros, puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan al costo compartido dentro de la red. Cuando utilice el beneficio de viajero/visitante, comuníquese con el plan para obtener asistencia para ubicar a un proveedor.

Los estados y los territorios indicados anteriormente están sujetos a cambios en cualquier momento. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor en una zona determinada, llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono de Servicios para Miembros se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. También figura en la contraportada de este folleto de Evidencia de Cobertura. O bien, puede llamar al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583).

Si se encuentra en el área de visitante o viajero, puede permanecer inscrito en nuestro plan por hasta 12 meses. Si dentro de los 12 meses no regresa al área de servicio del plan, se cancelará su inscripción en el plan.

Si desea obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede hacer lo siguiente:

- Llame al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para encontrar un proveedor de Blue Medicare Advantage PPO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770. (Las llamadas a estos números son gratuitas).
- Visite la sección “Find a Doctor or Hospital” (Buscar un médico u hospital) en www.bcbs.com para encontrar un proveedor de PPO de Blue Medicare Advantage.
- Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes. (TTY: 1-800-955-8770). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Cuando visita proveedores de PPO de Medicare Advantage en cualquier área en la que se ofrezca el Programa para Visitantes/Viajeros, usted pagará el mismo nivel de costos compartidos (costos compartidos dentro de la red) que paga cuando recibe beneficios cubiertos de proveedores dentro de la red en su área de servicio a domicilio.

Cuando los costos compartidos de un servicio del Programa para Visitantes/Viajeros sean coseguros (porcentaje del costo del servicio):

Cálculo de su responsabilidad

El costo del servicio en el que se basa su responsabilidad (coseguro) será uno de los siguientes:

- El monto permitido por Medicare para el servicio cubierto.
- el monto que Florida Blue negocie con el proveedor o que el plan local de PPO de Blue Medicare Advantage negocie con sus proveedores en nombre de nuestros miembros, si corresponde. El monto negociado puede ser mayor, inferior o igual al monto permitido por Medicare.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección indica qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, estos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este folleto).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para las personas que padecen dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Entrega de comidas a domicilio	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Atención dental que no es de rutina		<p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios. <p><u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios dentales que no son de rutina y no están cubiertos por Medicare.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consulte la sección “Servicios dentales* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Habitación privada en un hospital		<ul style="list-style-type: none"> Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> Manipulación de la columna para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<p><u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consulte la sección “Servicios dentales* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión parcial		<p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas. <p><u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para el cuidado de la vista no cubierto por Medicare.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consulte la sección “Atención de la vista* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.
Cuidado de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos		<p><u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios de audición no cubiertos por Medicare.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección “Servicios de audición* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre la cobertura.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las reglas de Original Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Telesalud		<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección “Telesalud” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información sobre los servicios cubiertos. • Las especialidades que no figuran en la sección “Telesalud” no están cubiertas por telesalud.

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las reglas de cobertura del plan. O bien, puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama *reembolso*). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado un monto mayor al que le corresponde por los costos de los servicios médicos que están cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se comentó en el documento. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando recibe atención de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total (su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

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

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, será responsable de pagar el costo total de los servicios que recibe.

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 y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

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

3. Si se lo inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para administrar el reembolso.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos 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. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.floridablue.com/medicare) o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Para solicitudes relacionadas con la atención médica:

Florida Blue Medicare
P.O. Box 1798
Jacksonville, FL 32231-0014

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha cumplido todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica, o si usted *no* cumplió todas las reglas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se

le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, suministro de servicios del traductor, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono para mensajes o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si no están disponibles los proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen 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 puede obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones y Quejas de Florida Blue al 1-800-926-6565. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o, si es usuario de TTY, al 1-800-537-7697.

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 Florida Blue Appeals and Grievance Department at 1-800-926-6565. 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 asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión y seguir pagando el monto del costo compartido dentro de la red.

Tiene derecho a programar citas con sus proveedores y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

Si cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un tiempo razonable, la Sección 9 del Capítulo 7 de este documento le indica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su *información personal de salud* incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver su historia clínica, mantenida en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permiso de cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos su historia clínica. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Este Aviso tiene vigencia desde el 6 de abril de 2021.

Entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI) y estamos comprometidos con ello. La PHI es información financiera, privada, de salud y personal que puede utilizarse razonablemente para identificarlo y que mantenemos en el curso normal de administrar el plan de salud del grupo autoasegurado de su empleador o de brindarle cobertura de atención médica asegurada y otros servicios. La PHI también incluye su información de identificación personal que podemos recopilar de usted en relación con el proceso de solicitud e inscripción para la cobertura del seguro de salud.

Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. También tenemos la obligación de brindarle este Aviso en el que se describen nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos relativos a su PHI. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor.

Nos reservamos el derecho a modificar en cualquier momento nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso, y a hacer que los términos de nuestro Aviso revisado sean efectivos para toda su PHI que mantengamos actualmente o que podamos mantener en el futuro. Si hacemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un Aviso revisado en nuestro sitio web antes de la fecha de entrada en vigencia, y proporcionaremos el Aviso revisado, o información sobre el cambio y cómo obtener el Aviso revisado, a los individuos cubiertos en nuestra próxima correspondencia anual.

Cómo protegemos su información de salud protegida (PHI):

- Nuestros empleados están capacitados en nuestras políticas y procedimientos de privacidad y protección de datos.
- Usamos medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas para ayudar a mantener la privacidad y la seguridad de su PHI.
- Tenemos políticas y procedimientos en curso para restringir el uso de su PHI por parte de nuestros empleados a aquellos que están autorizados a acceder a esta información con fines de tratamiento o pago, o para realizar ciertas operaciones de atención de la salud.
- Nuestra división de Ética empresarial, integridad y cumplimiento monitorea cómo seguimos nuestras políticas y procedimientos de privacidad.

Cómo debemos divulgar su PHI:

- **A usted:** divulgaremos su PHI a usted o a quien tenga derecho legal a actuar en su nombre (su representante personal) con el fin de administrar sus “derechos individuales” en virtud de este Aviso.
- **A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS):** de ser necesario, divulgaremos su PHI al HHS para garantizar que se protejan sus derechos de privacidad.
- **Según lo exija la ley:** revelaremos su PHI cuando así lo exija la ley.

Cómo podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito:

Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) sin su autorización por escrito de varias maneras diferentes en relación con su tratamiento, el pago de su atención médica y nuestras operaciones de atención médica. Cuando utilicemos o divulguemos su PHI, o solicitemos su PHI a otra entidad, haremos todos los esfuerzos razonables para limitar dicho uso, divulgación o solicitud, en la medida de lo posible, al mínimo necesario para lograr la finalidad prevista de dicho uso, divulgación o solicitud. Los siguientes son solo unos pocos ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su PHI que podemos hacer sin su autorización por escrito.

- **Para tratamientos:** podemos utilizar y divulgar su PHI, según sea necesario, para ayudar en su tratamiento o la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a médicos, dentistas, hospitales u otros proveedores de atención médica para que puedan brindarle tratamiento.
- **Para pagos:** podemos utilizar y divulgar su PHI para administrar su contrato o la política de beneficios de salud. Por ejemplo, es posible que utilicemos y revelemos su PHI para pagar las reclamaciones por los servicios prestados a usted por médicos, dentistas u hospitales. Podemos divulgar su PHI a un proveedor de atención médica u otro plan de salud para que el proveedor o plan pueda obtener el pago de una reclamación o realizar otras actividades de pago.
- **A la familia, los amigos y otros para el tratamiento o el pago:** nuestra divulgación de su PHI para los fines de tratamiento y pago antes descritos puede incluir su divulgación a otras personas que estén involucradas en su atención o la administración de su política o contrato de beneficios de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos o cuidadores si usted nos indica que lo hagamos o si ejercemos juicio profesional y determinamos que están involucrados en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud. Podemos enviar una explicación de beneficios al titular de la póliza, que puede incluir las reclamaciones pagadas y otra información. Podemos determinar que las personas están involucradas en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud si usted está de acuerdo o no objeta la divulgación de su PHI a dichas personas cuando se le brinda una oportunidad. En una emergencia o en situaciones en las que usted está incapacitado o no presente de otra forma, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos, cuidadores u otros, cuando las circunstancias indiquen que dicha divulgación está autorizada por usted y le conviene. En estas situaciones, solo divulgaremos su PHI relevante a la participación de dicha otra persona en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud.

- **Para operaciones de atención médica:** podemos utilizar y divulgar su PHI para respaldar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar o revelar su PHI para llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad, para llevar a cabo investigaciones de fraude y abuso, para coordinar la atención o administrar casos, o para comunicarnos con usted acerca de beneficios, productos o servicios relacionados con la salud o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. También podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las leyes federales de privacidad, siempre que la entidad tenga o haya tenido una relación con usted y la PHI se divulgue únicamente para determinadas operaciones de atención médica de ese proveedor, plan u otra entidad. Podemos utilizar y divulgar su PHI según sea necesario para llevar a cabo o coordinar servicios legales, auditorías u otras funciones. También podemos utilizar y revelar su PHI para realizar actividades de suscripción; sin embargo, se nos prohíbe usar o divulgar su información genética para fines de suscripción de seguros.
- **A socios comerciales para tratamiento, pago u operaciones de atención médica:** cuando utilicemos su PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica descritas anteriormente (o para otros usos o divulgaciones descritos en este Aviso), es posible que debamos divulgar su PHI a determinadas personas o entidades con las que hayamos firmado un contrato para dar o prestar determinados servicios en nuestro nombre (Socios comerciales). Podemos permitir que nuestros socios comerciales creen, reciban, mantengan o transmitan su PHI en nuestro nombre para que el socio comercial nos brinde servicios, o para la gestión y la administración adecuadas del socio comercial, o para que cumpla con las responsabilidades legales del socio comercial. Estos asociados comerciales incluyen abogados, contadores, consultores, consorcios de reclamaciones y otros terceros. Nuestros socios comerciales pueden reenviar su PHI a subcontratistas a fin de que estos subcontratistas les presten servicios. Estos subcontratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que se aplican a los Socios comerciales. Siempre que dicho acuerdo con un Socio comercial implique el uso o la divulgación de su PHI, firmaremos un contrato con nuestro Socio comercial que incluirá términos destinados a proteger la privacidad de su PHI.
- **Para salud y seguridad pública:** podemos utilizar o divulgar su PHI en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de usted o de otros. También podemos divulgar su PHI respecto de las actividades de negligencia de la salud pública y de atención médica del gobierno y denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales.
- **Según lo permitido por la ley:** es posible que usemos o divulguemos su PHI cuando la ley nos permita hacerlo.
- **Para procesos y procedimientos:** podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.
- **Actividad criminal o cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su PHI a un funcionario responsable del cumplimiento de la ley en relación con las víctimas del crimen y las actividades criminales. Podemos divulgar su PHI si creemos que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad de una persona

o del público. También podemos divulgar su PHI si es necesario que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.

- **Funciones especiales del gobierno:** cuando se cumplen las condiciones adecuadas, es posible que utilicemos o divulguemos la PHI de personas que son personal de las Fuerzas Armadas (i) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de mando militar correspondientes; (ii) para el propósito de la determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para los beneficios; o (iii) a las autoridades militares extranjeras si usted es miembro de ese servicio militar extranjero. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad e inteligencia nacionales, incluida la prestación de servicios de protección al Presidente u otros autorizados legalmente para recibir dicha protección gubernamental.
- **Reclusos:** es posible que utilicemos o divulguemos su PHI si usted es un recluso de un centro de corrección y su médico creó o recibió su PHI en el curso de la prestación de atención para usted.
- **Para los Patrocinadores del plan, si corresponde (incluidos los empleadores que actúan como Patrocinadores del plan):** es posible que divulguemos información de inscripción y cancelación de inscripción al patrocinador del plan de salud de su grupo. También podemos divulgar cierta PHI al patrocinador del plan para que realice las funciones de administración del plan. Podemos divulgar información de salud resumida al patrocinador del plan para que este pueda obtener las ofertas de la prima o decidir si enmienda, modifica o suspende su plan de salud grupal. Consulte los documentos de su plan, si procede, para obtener una explicación completa de los usos limitados y las divulgaciones que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI para proporcionar las funciones de administración del plan para su plan de salud grupal.
- **Para médicos forenses, directores de funerarias y donaciones de órganos:** podemos divulgar su PHI a un médico forense con fines de identificación, para determinar la causa de muerte o para que el médico forense realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar la PHI a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, con el fin de permitir que realice sus tareas. Podemos divulgar dicha información con una anticipación razonable de la muerte. La PHI puede usarse y divulgarse con fines de donación de tejidos, órganos, cuerpos u ojos.
- **Investigación:** es posible que divulguemos su PHI a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado los fines de la investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su PHI, o según lo permitido de otra manera por la ley federal de privacidad.
- **Recaudación de fondos:** podemos usar su PHI para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para nuestro beneficio. Tiene derecho a no recibir estas comunicaciones.
- **Conjuntos de datos limitados e información anónima:** podemos usar o divulgar su PHI para crear un conjunto de datos limitado o información anónima, y para usar y divulgar dicha información según lo permitido por la ley.
- **Para la indemnización laboral:** podemos divulgar su PHI según lo permitido por la indemnización laboral y leyes similares.

Usos y divulgaciones de PHI permitidos solo después de recibir la autorización:

Obtendremos su autorización por escrito, tal como se describe a continuación, para lo siguiente: (i) usos y divulgaciones de su PHI con fines de marketing, incluidas las comunicaciones subsidiadas del tratamiento (excepto para ciertas actividades permitidas de otra manera por las leyes federales de privacidad, como comunicaciones en persona o regalos promocionales de valor nominal); (ii) divulgaciones de su PHI que constituirán una venta de PHI conforme a la ley federal de privacidad y que requieran su autorización; y (iii) otros usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este Aviso. También hay otras leyes federales y estatales que pueden restringir aún más nuestra divulgación de cierta PHI (en la medida en que mantengamos dicha información) que se considere altamente confidencial. Nuestra intención es cumplir con los requisitos de estas leyes de privacidad más rigurosas, y solo divulgaremos este tipo de PHI especialmente protegida mediante su autorización previa por escrito, excepto cuando la divulgación de esta información de nuestra parte esté permitida o requerida por la ley.

Autorización: usted puede darnos una autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona con cualquier fin no permitido o requerido por la ley. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba en vigencia. En caso de que usted esté incapacitado o no pueda responder a nuestra solicitud de autorización (por ejemplo, si es o se vuelve legalmente incapaz), podemos aceptar una autorización de cualquier persona que esté legalmente autorizada para dar dicha autorización en su nombre.

Derechos individuales:

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al número de Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

- **Acceso:** salvo excepciones limitadas, usted tiene derecho a examinar u obtener copias de su PHI. Es posible que le cobremos una tarifa razonable según lo permitido por la ley. Le entregaremos una copia de su PHI en la forma y el formato solicitados, si es fácilmente posible en dicha forma o formato o, si no, en forma de copia en papel legible o en el formato que hayamos acordado con usted. Cuando su PHI esté incluida en uno o más conjuntos de registros designados electrónicamente, usted tiene derecho a obtener una copia de dicha información en la forma y el formato electrónico solicitado, si es fácilmente posible en dicha forma y formato; o si no, en una forma y un formato electrónico legible según lo acordado por usted y nosotros.
- **Enmienda:** salvo excepciones limitadas, usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su PHI.
- **Responsabilidad de divulgación:** usted tiene derecho a solicitar y recibir una lista de ciertas divulgaciones realizadas de su PHI. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable según lo permitido por la ley para responder a cualquier solicitud adicional.
- **Restricción de uso/divulgación:** usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso o divulgación de su PHI para determinados fines. Estamos obligados a aceptar una solicitud para restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si usted nos envía la solicitud y: (i) la divulgación es para llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica y no es requerida por la ley; y (ii) la PHI se refiere únicamente a un artículo o un servicio de atención médica para

el cual usted o una persona en su nombre que no sea el plan de salud ha pagado en su totalidad de su bolsillo a la entidad cubierta. Es posible que no estemos de acuerdo con todas las demás solicitudes de restricción y, en ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Aceptaremos restringir el uso o la divulgación de su PHI siempre que la ley lo permita y que consideremos que la restricción no afecta nuestra capacidad para administrar sus beneficios. Incluso cuando aceptamos una solicitud de restricción, aún podemos divulgar su PHI en una emergencia médica y utilizar o divulgar su PHI para la salud pública y la seguridad y otros fines de beneficios públicos similares permitidos o requeridos por la ley.

- **Comunicación confidencial:** usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en confidencia respecto de su PHI a una dirección alternativa. Cuando llame al número de Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales en una dirección alternativa, solicite una "dirección PHI".

Nota: Si elige que se le envíen comunicaciones confidenciales a una dirección de PHI, solo responderemos a sus propias consultas. Si recibe servicios de cualquier proveedor de atención médica, usted es responsable de notificar a esos proveedores directamente si desea que ellos reciban una dirección de PHI.

- **Aviso de privacidad:** tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este Aviso en cualquier momento. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nosotros usando la información que se indica al final de este Aviso.
- **Incumplimiento:** usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito que señale un incumplimiento por el acceso, uso, adquisición o divulgación de su PHI no asegurada a una persona no autorizada como consecuencia de dicho incumplimiento, lo cual pone en peligro la seguridad o la privacidad de su PHI, y nosotros tenemos la obligación de enviarle dicha notificación. A menos que usted especifique por escrito que recibirá la notificación por correo electrónico, le proporcionaremos dicha notificación por escrito por correo de primera clase o, si es necesario, por otros medios de comunicación sustitutos permitidos por la ley.
- **Copia en papel:** usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, a pedido, incluso si ha acordado recibir el Aviso electrónicamente.

Reclamos

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, puede reclamar ante nosotros usando la información de contacto indicada al final de este Aviso. También puede presentar un reclamo por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a pedido.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar un reclamo ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Contacto:**Business Ethics, Integrity & Compliance**

Florida Blue

PO Box 44283

Jacksonville, FL 32203-4283

1-888-574-2583

Si usted desea una copia de esta notificación en español, por favor comuníquese con un representante de servicio al cliente utilizando el número telefónico indicado en su tarjeta de asegurado.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de BlueMedicare Patriot, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información acerca de los servicios médicos.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

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

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Desde luego que, si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una **directiva anticipada** para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, del asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus directivas no se siguen?

Si ha firmado directivas anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo en Florida Agency for Health Care Administration, Division of Health Quality Assurance, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, preocupación o reclamo y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando, como la siguiente:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de Cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferrovianos).

CAPÍTULO 7:

*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas y preocupaciones, que son los siguientes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**, también denominados quejas.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo:

- Se usan palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar un reclamo en lugar de interponer una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización y organización de revisión independiente en lugar de *Entidad de revisión independiente*.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro tratamiento para usted, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta 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 pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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).

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una preocupación, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿Su problema o preocupación tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo: **Sección 4, Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 9** al final de este capítulo: **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general**

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión favorable de la cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de Cobertura establezca que el servicio mencionado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si su médico se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes de que reciba el beneficio o después, y no está satisfecho, usted puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una *apelación rápida* o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las reglas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted**. Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, se lo deberá designar como su representante. Comuníquese con Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también

está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare).

- o Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante*, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - o Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - o Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local, así como otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen tres situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

- **Sección 7** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está finalizando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatorio [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	--

Esta sección se trata de los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y los servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**.

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

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

Por lo general, se toma una decisión estándar de cobertura dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de las 72 horas para los servicios médicos, y dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- *Solamente* puede solicitar cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya haya recibido).
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si usar la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.

- o Que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

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

Para las decisiones estándares de cobertura, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **de un artículo o un servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. Le daremos respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre 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.

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días o 7 días para medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una *apelación rápida*. Si su médico nos dice que su salud requiere una *apelación rápida*, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión rápida de cobertura* que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir

una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

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

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si fuera necesario, y posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

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

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección así lo exige.

- o No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - o Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - o Si no le damos una respuesta para el plazo límite (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. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - **Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

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

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de una *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haberla recibido.
- Sin embargo, si su solicitud es de un artículo o un servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es de un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un artículo o un servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de su solicitud de un artículo o un servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o brindar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, contamos con 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización

de revisión para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama confirmar la decisión. También se denomina rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
 - Explicar su decisión.
 - Notificarle a usted sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. 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 apelaciones.
 - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 5, se tratan las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

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

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en el plazo de 60 días calendario

después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

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

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (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 en el hospital (por ejemplo, de un asistente social u enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a 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 atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa acerca de lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospital.
 - Dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna preocupación sobre la calidad de la atención), en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros 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 ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora 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 por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **antes de la medianoche del día del alta**.
 - Si usted cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.

- o Si no cumple este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- o Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y usted aún desea presentar la apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.
- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a 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). O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (*los revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá también un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?

Término legal

A la *revisión rápida* (o *apelación rápida*) también se la denomina **apelación acelerada**.

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 de la fecha de su alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los *estándares*. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y seguía todas las reglas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su revisión rápida,** significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativas* de Nivel 2

Término legal

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

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

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo comenzar el proceso de revisión de una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 7.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

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

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

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal

Aviso de la no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una *apelación de vía rápida* para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
- 2. Usted, o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una apelación de vía rápida. Debe actuar rápidamente.

Cómo puede comunicarse con esta organización

- El aviso por escrito que recibió le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y usted aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**Término legal**

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación; usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.***¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?***

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica domiciliaria, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un CORF *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un CORF *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona el Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Término legal

A la *revisión rápida* (o *apelación rápida*) también se la denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos *rápidos* en lugar de los *estándares*. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o
- servicios en un CORF *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**Término legal**

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

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2

- Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su apelación rápida. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamo es diferente del proceso de apelación. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador revisa una apelación de Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 8.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

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

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

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si le daremos una respuesta *positiva* o *negativa* en relación con su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 9 **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones**

Sección 9.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?**

El proceso de reclamos *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted?

Reclamo	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos u otros profesionales de salud? ¿O al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Entre los ejemplos se incluye: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido una <i>decisión rápida de cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i> y rechazamos su solicitud; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos que se aprobaron; puede presentar un reclamo. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 9.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** también se denomina **queja**.
- **Presentar un reclamo** también se denomina **interponer una queja**.
- **Usar el proceso para reclamos** también se denomina **usar el proceso para interponer una queja**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina una **queja acelerada**.

Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- **Procedimientos e instrucciones que debe seguir si desea utilizar el proceso para presentar un reclamo:**

Si nos envía su reclamo por escrito, significa que utilizaremos nuestro procedimiento formal para responder las quejas. Funciona de la siguiente manera:

Para reclamos relacionados con su atención médica:

1. Envíe su reclamo a una de las direcciones que figuran en el Capítulo 2, Sección 1. Busque la sección *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica*. Tenemos un Formulario de queja (reclamo) para que lo use al presentar un reclamo formal. No es necesario que use el formulario, pero le recomendamos que lo haga.
2. Debe presentar todas las quejas dentro de un plazo de 60 días calendario desde el evento o incidente que conduce a su reclamo. Responderemos su queja en un plazo de 30 días desde que la recibamos (antes si su estado de salud lo requiere). Si necesitamos más información y una demora lo beneficiaría o si usted solicita una demora, podemos tardar 14 días calendario más para darle una respuesta.
3. Si nuestro plan deniega su solicitud de una decisión “rápida” sobre la cobertura o una apelación “rápida” de primer nivel sobre la atención médica o los medicamentos con receta y considera que una espera de más tiempo podría poner en peligro su salud, puede

presentar una solicitud de reclamo “rápido” por escrito o por teléfono. Debemos responder estas solicitudes en un plazo de 24 horas.

Si presenta un reclamo por teléfono, le indicamos cómo funciona:

Para reclamos relacionados con su atención médica:

1. Comuníquese con Servicios para Miembros dentro de los 60 días calendario después del evento o incidente que conduce a su reclamo.
 2. Tenga a disposición del representante lo siguiente:
 - Su nombre
 - Su dirección
 - Su número de identificación de miembro
 - Una descripción de su reclamo/queja
- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

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

Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.**
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Patriot directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en 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.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en BlueMedicare Patriot puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que así lo *desea*. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como *período de inscripción abierta anual*). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

El período de inscripción anual va del **15 de octubre al 7 de diciembre**.

Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de BlueMedicare Patriot pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

- o Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- o Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - o Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- O
- o Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2024** (Medicare y usted 2024).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en BlueMedicare Patriot se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en BlueMedicare Patriot se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para hacerlo en línea. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Su inscripción en BlueMedicare Patriot se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Nota: Si también tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta (p. ej., PDP independiente) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare luego de permanecer sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más de manera consecutiva.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan

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

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 BlueMedicare Patriot debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

BlueMedicare Patriot debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de doce meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se mudará o viajará está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos ni residente legal de los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- o Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan.
 - o Es posible que todos los saldos adeudados previos deban pagarse para renovar automáticamente su póliza para el próximo año calendario.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	--

BlueMedicare Patriot no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglas creadas bajo esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna preocupación en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), BlueMedicare Patriot, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

- Cumplimos con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para obtener información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística, visite floridablue.com/ndnotice.
- Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para obtener información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística, visite floridablue.com/es/ndnotice.

Servicios de interpretación en varios idiomas

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 1-800-926-6565. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language 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 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

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1-800-926-6565。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1-800-926-6565。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 pagsaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-926-6565. 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 1-800-926-6565. 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 1-800-926-6565. 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 1-800-926-6565. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-926-6565. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

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 1-800-926-6565. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Form Approved

OMB# 0938-1421

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على بمساعدتك. هذه خدمة مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-926-6565. سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجاناً.

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 1-800-926-6565 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 1-800-926-6565. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-800-926-6565. 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 1-800-926-6565. 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 1-800-926-6565. 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、1-800-926-6565 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。

Form CMS-10802

(Expires 12/31/25)

SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación

Como parte de este Contrato, Florida Blue tiene el derecho de cobrarle a terceros los montos pagados por usted en virtud de este Contrato que el tercero está obligado a pagar. Este derecho es el derecho de subrogación de Florida Blue. En el caso de que cualquier pago, servicio o suministro se realice en nombre de un Miembro, Florida Blue, en el grado de dicho pago, servicio o suministro prestados, se subroga a todas las causas de acción y derechos de recuperación que dicho Miembro pueda tener o tenga contra cualquier persona u organización como resultado de dicho pago, servicio o suministro prestados. Tales derechos de subrogación se extenderán y aplicarán a toda solución de un reclamo, independientemente de si se ha iniciado un litigio. El miembro deberá ejecutar y entregar sin demora tales instrumentos y documentos con respecto a los derechos de subrogación que puedan ser solicitados por Florida Blue. Además, el Miembro notificará oportunamente a Florida Blue cualquier negociación de conciliación antes de llegar a un acuerdo de conciliación que afecte cualquier derecho de subrogación de Florida Blue. Además, en ningún caso el Miembro no tomará ninguna medida cuando corresponda ni tomará medidas que puedan perjudicar los derechos de subrogación de Florida Blue. La exención, el descargo de responsabilidad, el acuerdo u otros documentos ejecutados por un Miembro sin previo aviso y la aprobación por parte de Florida Blue serán vinculantes para Florida Blue. En cualquier caso, Florida Blue se reserva el derecho de recuperar dichos pagos o el valor razonable de los servicios cubiertos prestados a cualquier persona u organización en la mayor medida permitida por la ley. Con respecto a los servicios cubiertos prestados, Florida Blue tendrá derecho a un reembolso por el valor razonable de dichos servicios cubiertos, según se determine con una tarifa por servicio.

SECCIÓN 5 Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association

Usted, como miembro de este plan, reconoce expresamente en el presente documento que comprende que este plan constituye únicamente un contrato entre usted y Florida Blue, que es una corporación independiente que opera con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la "Asociación"), que permite que Florida Blue use las Marcas de Servicio de Blue Cross and Blue Shield en el estado de Florida, y que Florida Blue no tiene contrato como agente de la Asociación. Usted reconoce y acepta además que no ha entrado en este plan con base en representaciones de cualquier persona que no sea Florida Blue y que ninguna persona, entidad u organización que no sea Florida Blue será responsable por las obligaciones de Florida Blue contraídas con usted creadas en virtud de este plan. Este párrafo no creará ninguna otra obligación adicional por parte de Florida Blue que no sea las obligaciones derivadas de otras disposiciones de este acuerdo.

CAPÍTULO 10:

Definiciones importantes

Capítulo 10. Definiciones importantes

“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 con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que cumplen los siguientes requisitos: (1) son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios cubiertos. En la parte de la red de un plan PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una *autorización previa* de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Área de servicio: es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no urgentes). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

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

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y que se espera que no pasen más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): un seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o un suministro médico, como una visita con el médico, una visita como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: es un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) como la parte que le corresponde de los costos por servicios.

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

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de *costo compartido* mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro *paga de su bolsillo*.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Cuidados paliativos: es un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro que cuenta con una certificación médica de que padece una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan *decisiones de cobertura* en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

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

Especialista: un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo determinada. Algunos ejemplos incluyen oncólogos (atención para pacientes con cáncer), cardiólogos (cuidado del corazón) y ortopedistas (cuidado de los huesos).

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

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de BlueMedicare Patriot, solo debe pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por este. No permitimos que los proveedores le *facturen el saldo* o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un *paciente ambulatorio*.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o Medical Assistance [asistencia médica]): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que tienen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo: este es el máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B, tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo combinado.

Monto máximo que debe pagar de su bolsillo dentro de la red: el monto máximo que pagará por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Luego de que haya alcanzado este límite, no debe pagar nada cuando reciba los servicios cubiertos de los proveedores de la red durante el resto del año de contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto que paga de su bolsillo combinado, deberá continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Original Medicare lo ofrece el gobierno y no los planes de salud privados, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad

aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

Período de beneficios: es la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso del hospital y los servicios del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo, en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un período de inscripción especial son: si se muda del área de servicio, si se muda a un hogar de convalecencia o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses, que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare: es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos conforme a la sección 1876(h) de la ley.

Plan de necesidades especiales para pacientes que requieren atención crónica (C-SNP): son planes de necesidades especiales (SNP) que limitan la inscripción a personas elegibles para MA con una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, definidas en el título 42, sección 422.2 del Código de

Regulaciones Federales (CFR), incluida la limitación de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1) (iv).

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que residen en un hogar de convalecencia o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los recibe de proveedores de la red o fuera de la red. Generalmente, el costo compartido de los miembros será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más elevado para los costos totales que paga de su bolsillo combinados para servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas piloto/las Demostraciones y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser: i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): estos planes abarcan a las personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y 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 de la persona.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los **períodos sin cobertura** de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función internas del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan *proveedores del plan*.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Reclamo: el nombre formal para presentar un reclamo es *interponer una queja*. El proceso de reclamos se aplica *solo* a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

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

Servicios cubiertos: es el término que usamos en esta Evidencia de cobertura (EOC) para todos los servicios y los suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: son los servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

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

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

Servicios para Miembros de BlueMedicare Patriot

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
TELÉFONO	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes. Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes.
FAX	1-305-716-9333
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	www.floridablue.com/medicare

SHINE (SHIP de Florida):

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.FLORIDASHINE.org

Declaración sobre divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.