



2026

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

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

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

Y0154_H8854_MA0363_C_SPN

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

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

Este documento proporciona información detallada sobre la atención médica y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre, 2026.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

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

- Nuestra prima del plan y los costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

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

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, es ofrecido por CareFirst Advantage, Inc. (que opera como CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Dual Special Needs Plan). (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa CareFirst Advantage, Inc. [que opera como CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Dual Special Needs Plan]. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

A fin de que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). También podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.

Según la disposición final 4205-F de los CMS, publicada el 4 de abril de 2024, sección 422.2267(e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proveer un Aviso de Disponibilidad de los servicios de asistencia de idiomas, así como de las ayudas y los servicios auxiliares que, como mínimo, indiquen que nuestro plan provee servicios de asistencia de idiomas, así como ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan, y debe

proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Y0154_H8854_MA0363_C _SPN

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1:	Inicie como miembro	5
SECCIÓN 1	Usted es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad para el plan	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía	8
SECCIÓN 4	Resumen de los costos importantes	10
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual del plan	15
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado nuestro registro de su membresía del plan	16
SECCIÓN 7	Funcionamiento de otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2:	Números telefónicos y recursos	19
SECCIÓN 1	Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime	19
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare	24
SECCIÓN 3	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	25
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)	26
SECCIÓN 5	Seguro Social	27
SECCIÓN 6	Medicaid	28
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	29
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	33
CAPÍTULO 3:	Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	35
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	35
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios	37
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	40
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?	42
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	43
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	45
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	46

Índice

CAPÍTULO 4:	Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)	48
SECCIÓN 1	Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos	48
SECCIÓN 2	El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos	50
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime	107
SECCIÓN 4	Servicios que nuestro plan no cubre	108
CAPÍTULO 5:	Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D ..	111
SECCIÓN 1	Normas básicas de nuestro plan sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D	111
SECCIÓN 2	Surta los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo de nuestro plan	112
SECCIÓN 3	Los medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	116
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	118
SECCIÓN 5	¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría?	120
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	122
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos sin cobertura	124
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	125
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	126
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	127
CAPÍTULO 6:	Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D	130
SECCIÓN 1	Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D	130
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime	132
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> describe en qué etapa de pago se encuentra	133
SECCIÓN 4	Etapas de deducible	134
SECCIÓN 5	Etapas de cobertura inicial	135
SECCIÓN 6	Etapas de cobertura en caso de catástrofe	139
SECCIÓN 7	Lo que usted debe pagar por las vacunas de la Parte D	140
CAPÍTULO 7:	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por medicamentos o servicios médicos cubiertos	142
SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por medicamentos o servicios cubiertos	142

Índice

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió	145
SECCIÓN 3	Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no	146
CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades	147
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	147
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	163
CAPÍTULO 9:	Si tiene un problema o una queja(determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas)	164
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	164
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	165
SECCIÓN 3	Qué proceso se puede utilizar para su problema	165
SECCIÓN 4	Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare	166
SECCIÓN 5	Una guía sobre las determinaciones de cobertura y apelaciones	167
SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación	170
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación	178
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto	189
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	193
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5	197
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	200
SECCIÓN 12	Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicaid	204
CAPÍTULO 10:	Finalización de membresía en nuestro plan	205
SECCIÓN 1	Finalización de su membresía en nuestro plan	205
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	205
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	208
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos a través de nuestro plan	210
SECCIÓN 5	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe finalizar nuestra membresía al plan en ciertas situaciones	210
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	212

Índice

SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	212
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	212
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	213
SECCIÓN 4	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	213
CAPÍTULO 12:	Definiciones	215

CAPÍTULO 1:

Inicie como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, que es un Plan Special Needs de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

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

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

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los Planes de Medicare Advantage, este Plan Special Needs de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Maryland Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato entra en vigencia para los meses en que usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios a nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime después del 31 de diciembre de 2026. También podemos elegir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio luego del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Maryland Medical Assistance deben aprobar CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare y Maryland Medical Assistance renuevan su aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Usted tiene la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3. Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio a pesar de que se encuentran físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente autorizado para estar en los Estados Unidos.
- Reúna los requisitos especiales de elegibilidad que se describen debajo.

CAPÍTULO 1: Inicie como miembro

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible tanto para Medicare como Medicaid y deben designarlo como Full Benefit Dual Eligible (FBDE) o Qualified Medicare Beneficiary (QMB) conforme al programa de asistencia médica de Maryland (Medicaid).

Nota: si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de dos (2) meses, entonces todavía es elegible para la membresía. En el Capítulo 4, Sección 2, se le explica sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad que se considera continuo.

Sección 2.2 Medicaid

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

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

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Specified Low Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: Maryland.

Si tiene planes de mudarse a otro estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar de qué manera la mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

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

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor la tarjeta de Medicaid. Muestra de la tarjeta de membresía:

		< CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) >		carefirst.com/mddsnp	
Member Name <F_NAME M_INIT L_NAME>		PCP Office PCP Phone Number			
Member ID <DNP PLUS ENROLLEE #>				<CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)> This benefit plan provides covered services for the named member. Member only has coverage for urgent and emergent care and renal dialysis outside of CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage's service area.	
Medicaid ID <XX> Group Number <GRGR_ID>		RxBIN <004336> RxPCN <MEDDADV> RxGRP <Rx8575>		Important Phone Numbers Member Services: <844-386-6762> Provider Services: <800-730-8543> Pharmacy Services: <844-786-6762> Dental Services: <844-474-6334> Hearing Services: <844-479-6334> Vision Services: <844-475-6334> Routine Transportation: <844-476-6334> Over-The-Counter Rx/Products: 844-479-6334 TTY: <711>	
Effective Date <M_R_DT> BC/BS Plan Code <696> Issuer (80840)		CMS-H8854-002 MA-HMO 		CareFirst Providers: Hospital/Medical Paper Claims Only P.O. Box 14361, Lexington, KY 40512 Rx Claims Submission Address P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2006 Other Providers: file claims with your local BlueCross and/or BlueShield Plan.	
				PROVIDERS MUST NOT BILL MEDICARE. <small>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage Inc., which is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. <SUM MA03933 07/25></small>	

Mientras sea miembro de este plan, NO utilice la tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de

membresía de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios para enfermos terminales o si necesita participar en estudios de investigación aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si nuestra tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html> se enumeran nuestros actuales proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, los grupos médicos, los proveedores de equipos médicos duraderos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios médicos. Si recibe servicios en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán por correo dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html> enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Usted puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no son parte de nuestra red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Especifica qué medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el programa Drug Price Negotiation de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

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

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html> o llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	\$0
Deducible	\$283 excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$8,850 Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a

	Sus costos en 2026
	los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.
Visitas de atención primaria al consultorio	Servicios de médico de atención primaria (PCP): 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.
Visitas al consultorio del médico especialista	Servicios de especialista (incluida la segunda opinión sobre la cirugía) en persona o de telesalud: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.
Hospitalizaciones	Días 1 a 60: \$1,736 de deducible Días 61 a 90: \$434 de copago por día Días 91 a 150: \$868 de copago por día de reserva de por vida Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles).	\$615 para las Categorías 3, 4 y 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluyendo las Etapas de deducible anual, cobertura inicial y en caso de catástrofe).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Categoría 1 - Genéricos preferidos: \$0 de copago Categoría 2 - Genéricos: \$0 de copago Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos: 25% de coseguro Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.

Sus costos en 2026
<p>Categoría 4- Medicamentos no preferidos: 25% de coseguro</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Categoría 5 - Medicamentos especializados: 25% de coseguro</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Etapas de cobertura en caso de catástrofe:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de Medicare Part B (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Medicare Prescription Payment Plan (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

Si usted ya recibe la ayuda de uno de estos programas, **la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura puede no corresponder a su caso.** Le enviamos un documento adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el cual se explica su cobertura de medicamentos. Si no recibe este documento, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagándolas usted para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doblemente elegible, pero si pierde la condición puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial hay un período de 63 días consecutivos, o más, durante el cual no tiene cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Usted ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o Veterans Health Administration [VA]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** cualquier carta o aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable y que se esperaba que pague lo mismo que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. A continuación explicamos cómo funciona:

- Primero se cuenta el número de meses en total que usted tardó en inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O se cuenta el total de meses completos en que usted no tuvo cobertura válida para medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima nacional básica para beneficiarios). Para 2026, el monto promedio de esta prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima nacional básica para beneficiarios y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería un 14% por \$38.99, que es igual a \$5.4586. Este monto se redondea a \$5.50. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar todos los años** porque la prima nacional básica para beneficiarios puede variar todos los años.
- **Usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

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

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula con su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto

CAPÍTULO 1: Inicie como miembro

adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de IRMAA, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Medicare Prescription Payment Plan

Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos del plan por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar nuestro monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si le corresponde, o que tenga que empezar a pagarla. Esto podría suceder si usted pasa a ser elegible para beneficiarse de la “Ayuda Adicional” (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para beneficiarse del programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) durante el año, usted podrá dejar de pagar la multa.

CAPÍTULO 1: Inicie como miembro

- Si pierde la elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si cumple 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Puede encontrar más información sobre “Ayuda Adicional” (Extra Help) en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de su membresía del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

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

Si cambia alguna de esta información, comuníquenosla llamando a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Funcionamiento de otros seguros con nuestro plan

Medicare nos solicita que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumerará cualquier cobertura médica adicional o cobertura de medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirmó su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 1: Inicie como miembro

- Compensación a los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

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

Servicios para Miembros: Información de contacto

Llame	410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los Servicios para Miembros 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuentan con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Número de fax	844-961-0696
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Services Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirstmddsnp.com/

Cómo solicitar una determinación de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una determinación de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura, o acerca del monto que pagamos por sus servicios médicos o sus medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos

una determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar las determinaciones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9

Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto	
Llame	<p>410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p><i>Fuera del horario de atención, los miembros pueden dejar un mensaje de voz seguro para determinaciones de cobertura expeditivas por atención médica en el momento.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
Número de fax	443-552-7408
Escriba	<p>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Clinical Operations - Organization Determinations P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117</p>
Sitio web	www.carefirstmddsnp.com/
Apelaciones de atención médica: Información de contacto	
Llame	<p>410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p><i>Fuera del horario de atención, los miembros pueden dejar un mensaje de voz seguro para apelaciones expeditivas en el momento.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>

Apelaciones de atención médica: Información de contacto

Número de fax	844-405-2158
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Appeals & Grievances Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirstmddsnp.com/

Determinaciones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

Llame	844-786-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Número de fax	855-633-7673
Escriba	CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
Sitio web	https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms/

Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

Llame	844-786-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Número de fax	855-633-7673
Escriba	CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
Sitio web	https://www.carefirstmddsnp.com/For-Members/Pharmacy-Forms

Cómo presentar una queja sobre la atención médica

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros, nuestros proveedores o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
Llame	<p>410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p><i>Fuera del horario de atención, los miembros pueden dejar un mensaje de voz seguro para realizar quejas expeditivas en el momento.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
Número de fax	844-405-2158
Escriba	<p>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Appeals & Grievances Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117</p>
Sitio web de Medicare	<p>Para presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime directamente a Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</p>

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto	
Llame	<p>844-786-6762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>
Número de fax	855-633-7673
Escriba	<p>Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330</p>

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto

Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime directamente a Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint
------------------------------	---

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido.

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que usted piensa que debemos pagar, puede que tenga que pedirnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago por atención médica: información de contacto

Llame	410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Número de fax	844-405-2158
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Claims Reimbursement P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirstmdsnps.com/

Solicitudes de pago por salud mental: Información de contacto

Llame	844-470-6334 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
--------------	---

Solicitudes de pago por salud mental: Información de contacto

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Número de fax	844-405-2158
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Claims Reimbursement P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirstmddsnp.com/

Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

Llame	844-786-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Número de fax	855-633-7673
Escriba	CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
Sitio web	www.carefirstmddsnp.com/

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones de Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan.

Medicare: información de contacto

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

Medicare: información de contacto	
	<p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba	Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes preventivos, vacunas y visitas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. <p>También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.</p> <p>Para presentar una queja a Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</p>

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Los State Health Insurance Assistance Program (SHIP) son programas gubernamentales que cuentan con asesores capacitados en todos los estados que ofrecen ayuda, información y respuestas de forma gratuita a sus preguntas sobre Medicare. En Maryland, el SHIP se denomina State Health Insurance Assistance Program.

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

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

State Health Insurance Assistance Program (Maryland SHIP) : Información de contacto	
Llame	410-767-1100 o 800-243-3425
TTY	711
Escriba	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 36 S Charles Street, 12th Floor Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

Una Quality Improvement Organization (QIO) designada sirve a las personas con Medicare en cada estado. Para Maryland, la Quality Improvement Organization se llama Commence Health.

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

Comuníquese con en Commence Health cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que recibió. Ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica domiciliaria, atención de un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Commence Health (Quality Improvement Organization de Maryland): Información de contacto

Llame	888-396-4646 de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m. y sábados y domingos, de 10 a. m. a 4 p. m. El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba	Commence Health BFCC-QIO 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social - Información de contacto

Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m. de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m. de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** una persona que es elegible para Medicaid, ya sea categóricamente o a través de grupos de cobertura opcionales como el de personas con necesidades de atención médica (Medically Needy) o niveles de ingresos especiales (Special Income Levels), para exenciones institucionales o domiciliarias y comunitarias, pero que no cumple los criterios de ingresos o recursos para ser un QMB o Specified Low Income Medicare Beneficiary (SLMB).

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

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

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

Maryland Medical Assistance: Información de contacto

Llame	410-767-6500 o 877-463-3464 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	800-735-2258 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.

Maryland Medical Assistance: Información de contacto

Escriba	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://mmcp.health.maryland.gov

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

State of Maryland Long-Term Ombudsman: Información de contacto

Llame	410-767-1100, De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
TTY	711
Escriba	State Long-Term Care Ombudsman Maryland Department on Aging 36 S Charles Street, 12th Floor Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://aging.maryland.gov/Pages/state-long-term-care-ombudsman.aspx

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de los medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare

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

Si tiene preguntas sobre “Ayuda Adicional” (Extra Help), llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778, o a
- La Oficina Estatal de Medicaid al 410-767-6500 o 877-463-3464 (*Maryland Medical Assistance*).

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto.

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos

Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Usted o su farmacéutico deben comunicarse con Servicios para Miembros lo antes posible (los números telefónicos de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este documento).
- Informe a nuestro representante de Servicios para Miembros que considera que ha pagado un monto incorrecto por sus medicamentos recetados. Nuestro representante de Servicios para Miembros revisará con usted una lista de documentos aceptables que pueden ayudar a confirmar que usted calificó para recibir la “Ayuda Adicional” (Extra Help). Si tiene alguno de estos documentos, se le pedirá que envíe por fax una copia del documento a nuestra atención al número de fax que se indica a continuación. Si no tiene una máquina de fax, se le pedirá que envíe una copia por correo al Plan a la dirección que se indica a continuación.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Attention: Enrollment – Best Available Evidence

P.O. Box 915

Owings Mills, MD 21117

Número de fax: 443-753-2080 o al número gratuito 1-833-915-3864

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

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

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

- Aviso de consideración: pub. n.º 11166 (aviso de color morado)
 - Aviso de inscripción automática: pub. n.º 11154 (aviso de color amarillo)
 - Aviso de facilitación total: pub. n.º 11186 (aviso de color verde)
 - Aviso de facilitación parcial: pub. n.º 11191 (aviso de color verde)
 - Aviso de cambio de copago: pub. n.º 11199 (aviso de color naranja)
 - Aviso de reasignación: pub. n.º 11208 y 11209
-
- Cuando envíe evidencia de que califica para la “Ayuda Adicional” (Extra Help), asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación del miembro que figura en su tarjeta de identificación del miembro. Si no tiene ninguna de estas formas de evidencia, pero cree que está recibiendo la “Ayuda Adicional” (Extra Help), trabajaremos directamente con los CMS para confirmar que es elegible. Por lo general, esto tarda entre 24 y 48 horas. Una vez que recibamos la respuesta de los CMS, haremos al menos cuatro (4) intentos para comunicarnos con usted, tres (3) por teléfono y uno (1) por carta, para informarle la respuesta que hemos recibido de los CMS en relación con su elegibilidad.
 - Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago correcto, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto de copago correcto cuando surta su siguiente receta. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente, ya sea mediante cheque o mediante un crédito de copago futuro. Si la farmacia no le cobró sus copagos y usted les debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagarle directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cobertura del State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar sus medicamentos recetados, las primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en el State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP), la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare paga primero.

En Maryland, el State Pharmaceutical Assistance Program es el Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cobertura en el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el formulario de ADAP califican para la asistencia para costos compartidos de medicamentos recetados por medio de Maryland AIDS Drug Assistance Program.

Nota: para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado, y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Maryland AIDS Drug Assistance Program al 410-767-6535 o 800-205-6308 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m..

State Pharmaceutical Assistance Programs

Muchos estados cuentan con State Pharmaceutical Assistance Programs que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad, su afección médica o su discapacidad. Cada estado cuenta con normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Maryland, el State Pharmaceutical Assistance Program es el Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

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

Medicare Prescription Payment Plan

El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente por 2026.** La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, le ofrece más ventajas que la participación en el Medicare Prescription Payment Plan. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al

410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Medicare Prescription Payment Plan: Información de contacto	
Llame	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
Escriba	P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Sitio web	www.carefirst.com/mddsnp

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Railroad Retirement Board es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Railroad Retirement Board, debe informarles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Railroad Retirement Board, llame a la agencia.

Railroad Retirement Board (RRB): Información de contacto	
Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los días lunes, martes, jueves y viernes de 9 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9 a. m. a 12 p. m. Presiona “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.

Railroad Retirement Board (RRB): Información de contacto

Sitio web	https://RRB.gov
------------------	---

CAPÍTULO 3:

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

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de nuestro plan para atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

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

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

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

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

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

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuente con un proveedor de atención primaria (PCP) de la red, quien le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención médica en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Para conocer sobre otros tipos de atención que puede obtener sin que sea necesaria la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Usted debe obtener la atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que tiene que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que recibió. Hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre atención de emergencia o servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber cuáles son los servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia, vaya a la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en la red que puedan proporcionar esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga en la red, con la aprobación previa de nuestro plan. En esta situación, nosotros cubriremos estos servicios que cubriríamos si obtuviese la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan de manera temporal o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible de forma temporal o no se pueda acceder a él. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido de Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costos compartidos no puede ser más alto que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica

Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP

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

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

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

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

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

Cómo elegir un PCP

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

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

- Si no seleccionó un PCP dentro de la red en el momento en que se inscribió.
- Si seleccionó un PCP fuera de la red en el momento en que se inscribió.

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

- Si seleccionó un PCP dentro de la red que no acepta pacientes nuevos y que no puede confirmarnos que usted es un paciente existente.
- Si seleccionó un PCP dentro la red que no acepta pacientes nuevos y usted no es un paciente existente.

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

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

Cómo cambiar de PCP

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

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

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

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una parte del cuerpo o una enfermedad específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

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

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

Proceso de autorización previa

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

Cuándo un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Podemos hacer cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de nuestra red durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene determinados derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandona el plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para que siga recibiendo atención.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red
- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor y gestionar su atención.

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

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan, o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

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

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

En estas circunstancias especiales, es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture primero al plan. Si ya pagó los servicios cubiertos o si el proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, comuníquese con Servicios para Miembros o envíenos la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted recibió.

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

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, en caso de estar embarazada, pierda al bebé), que pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad,

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

o que afecte gravemente las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

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

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

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

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico exprese que no fue una emergencia, cubriremos atención adicional solo si usted recibe esta atención de alguna de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.

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

- La atención adicional que usted recibe se considera como servicios requeridos urgentemente, y usted sigue las reglas para obtener esta atención urgente.

Sección 3.2 Recibir atención cuando la necesita urgentemente

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio. servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridos urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Cuando las circunstancias sean inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no estén disponibles o sean inaccesibles temporalmente, diríjase al centro de atención de urgencia más cercano para recibir tratamiento inmediato. Si necesita ubicar un centro de atención de urgencia, puede encontrar uno dentro de la red cerca de usted utilizando el *Directorio de proveedores*, visitando nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/ u obteniendo

ayuda de Servicios para Miembros 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

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

Visite www.carefirstmddsnp.com/ para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si durante un desastre no puede utilizar un proveedor de la red, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el mismo costo compartido que se requiere dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir las recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

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

Si pagó más que nuestro costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos

nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, u obtiene servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

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

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo deberá pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

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

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

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

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

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

Después de que Medicare paga su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y los costos compartidos 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 que el monto que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Medicare Original, pero el análisis solo sería de \$10 según nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría \$20 de copago requerido por Medicare Original. Deberá informar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Entonces, nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto para el análisis sea de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

- Generalmente, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no para ser utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubrirá los gastos por CT mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.

- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y Estudios de Investigación Clínica*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

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

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

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

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

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

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si esta institución le proporciona servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:

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

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

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

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

Sección 7.1 No será propietario del equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos en virtud de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como el equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los miembros lo usen en el hogar. El miembro siempre será el propietario de algunos artículos del DME, como las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

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

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

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

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

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y, luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresó a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para

ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

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

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

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

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

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Para los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si sigue en la misma compañía, y otra vez se lo obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

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

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

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

Sección 1.2 El deducible de nuestro plan

Su deducible es \$283. Hasta que usted haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Después de que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (monto de su copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible se aplica a todos los beneficios de Medicare Part B, sin embargo, el deducible solo se aplica si pierde su cobertura de Medicaid específica. Si es elegible para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no deberá pagar deducible.

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

- \$0.00 Servicios preventivos de Medicare, servicios de emergencia/urgencia e insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Part A y Part B?

Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo de bolsillo. Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos cubiertos por Medicare Part A y Part B. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es \$8,850.**

Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Estos servicios aparecen marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanzó el monto máximo de gastos de bolsillo de \$8,850, no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.4 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

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

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

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (esto se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para servicios urgentes o de emergencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para servicios urgentes o de emergencia fuera del área de servicio).
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos

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

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

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Para los nuevos inscritos, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si este fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea una atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted paga el monto total al proveedor por los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que le atiende y supervisa la atención que recibe.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están resaltados en el Cuadro de Beneficios Médicos en letra cursiva.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid: Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su parte de costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidos los deducibles, coseguros y copagos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios comunitarios y de cuidado personal.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, viste su manual *Medicare y Usted 2026*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo conforme a Medicare Original, también cubrimos estos servicios sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para una afección médica existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se puede aplicar un copago por la atención recibida para dicha afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si se encuentra dentro del período de dos (2) meses considerado de elegibilidad continua de nuestro plan, le seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período no pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos por los que el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no pagará nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

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

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

- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (SUD)
- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Enfermedad Renal Crónica (CKD)
- Trastornos hematológicos graves
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos
- Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Accidente cerebrovascular
- Posterior a un trasplante de órganos
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
- Afecciones asociadas con deterioro cognitivo
- Afecciones con desafíos funcionales
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento.
- Bajo peso crónico.


- Los miembros deben dar fe de tener una o más de las condiciones crónicas enumeradas anteriormente y el plan puede optar por confirmar el diagnóstico a través de la revisión de reclamaciones.
 - Consulte la fila Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en el Cuadro de Beneficios Médicos a continuación para obtener más detalles.
 - Comuníquese con nosotros para conocer exactamente a qué beneficios puede tener derecho.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.





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


Cuadro de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola prueba de detección de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: <ul style="list-style-type: none"> • aquel que dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. 	20% de coseguro por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en la sección 1861[r][1] de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), personal de enfermería profesional (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en la sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/ CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del CFR, artículos §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o no, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>20% de coseguro por viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia por tierra y aire y servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Examen físico anual</p> <p>El plan cubre un examen físico de rutina, además de la visita anual de bienestar, una vez al año. Este examen incluye un historial médico o familiar detallado, así como una evaluación detallada completa con un examen práctico de todos los aparatos y sistemas del cuerpo. Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, pedidos de seguimiento o remisiones a otros profesionales, análisis de laboratorio, exámenes clínicos, electrocardiogramas (EKG), recomendaciones de exámenes preventivos, vacunas y asesoramiento sobre comportamientos saludables.</p>	<p>\$0 de copago por un examen físico anual (1 por año calendario).</p>
<p> Visita preventiva anual</p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera visita preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “<i>Bienvenida a Medicare</i>”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de “<i>Bienvenida a Medicare</i>” para tener cobertura para visitas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual.</p>
<p>*Dispositivos de seguridad en el baño</p> <p>Cada año, los miembros pueden seleccionar hasta dos (2) dispositivos de seguridad en el baño aprobados por el plan del catálogo de artículos de venta libre (OTC) y seguridad en el baño. Consulte la sección de dispositivos de seguridad en el baño para conocer los dispositivos aprobados. Algunos elementos pueden requerir montaje o instalación. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no cubre los costos de montaje o instalación. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no instala dispositivos de seguridad en el baño ni reembolsa los costos asociados con la instalación de los dispositivos de seguridad en el baño. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no se hace responsable del montaje incorrecto, la instalación, la reparación u otras modificaciones. Los miembros son responsables de todos y cada uno de los costos asociados con el montaje o la instalación. Para obtener más información sobre cómo solicitar dispositivos de seguridad en el baño, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).</p>	<p>\$0 de copago por dos dispositivos de seguridad en el baño aprobados por el plan por año</p>




Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Mediciones de masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	20% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca o cardíaca intensiva cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
 Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
 Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están

Servicio cubierto	Lo que paga usted
de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	cubiertas una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o vaginal, o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos <i>Puede requerirse autorización previa solo para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</i> Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. 	20% de coseguro por visita quiropráctica cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
Servicios de tratamiento y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los montos de los costos compartidos. Lo más probable es que estos servicios se proporcionen a través de un PCP o especialista y su costo compartido sería el siguiente: Servicios de médico de atención primaria (PCP): 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos

Servicio cubierto	Lo que paga usted
	<p>compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p> <p>Servicios de especialista (incluida la segunda opinión sobre la cirugía) en persona o de telemedicina: 20% de coseguro por visita.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p>
<div data-bbox="212 800 261 863"></div> <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o tomografía computarizada. 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Usted paga los costos compartidos de la visita al consultorio de su proveedor y los servicios o los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. 	
<p>Servicios dentales</p> <p><i>Se puede requerir una revisión médica para los servicios dentales no preventivos.</i></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos:</p> <p>*Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza: una vez cada 6 meses • Exámenes orales: una vez cada 6 meses • Examen oral integral: una vez cada 36 meses • Serie intrabucal: una vez cada 36 meses • Tratamiento con fluoruro: una vez cada 6 meses • Tratamiento paliativo: 3 visitas en un plazo de 12 meses • Radiografías dentales: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aleta de mordida: una vez cada 12 meses 	<p>\$0 de copago por servicios dentales preventivos o integrales.</p> <p>El plan tiene una asignación anual de \$3,000 para servicios dentales integrales por año. El miembro paga todos los costos después de que se haya alcanzado el monto de la asignación de \$3,000. Las dentaduras postizas no se tienen en cuenta para el cálculo del monto de la asignación anual de \$3,000.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Periapical: una vez cada 12 meses ◦ Panorámica: una vez cada 36 meses ◦ Aletas de mordida verticales: una vez cada 36 meses ◦ Obtención de imágenes intrabucales: una vez cada 36 meses • Pruebas de vitalidad pulpar: dos veces al año • Consulta: según sea necesario • Llamada a domicilio o centro de atención prolongada: según sea necesario <p>* Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios restaurativos: 1 por diente, una vez cada 24 meses • Endodoncia: 1 de por vida, por paciente, por diente • Coronas: una vez por diente por 60 meses • Extracciones simples • Periodoncia: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses ◦ Gingivectomía-gingivoplastia: una vez cada 36 meses ◦ Cirugía ósea: una vez cada 36 meses ◦ Colgajo gingival: una vez cada 36 meses ◦ Desbridamiento completo de la boca: una vez cada 36 meses • Mantenimiento periodontal: una vez cada 3 meses • Reparaciones de prótesis dentales: una vez cada 12 meses • Reajustes/rebasado: una vez cada 36 meses • Ajustes de dentaduras postizas: 2 cada 12 meses • Dentaduras postizas: una vez cada 60 meses (el costo NO se aplica a la asignación anual de \$3,000) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Placas dentales superiores, inferiores o parciales <p>Consulte el Cuadro de beneficios dentales completo al final del Cuadro de beneficios médicos para obtener más detalles sobre la cobertura.</p> <p>Debe utilizar un proveedor dental participante. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número telefónico figura en el dorso de este documento) para revisar una lista de proveedores dentales dentro de la red o visite nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una visita anual de prueba de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Servicios, suministros y entrenamiento de autoadministración para la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorizar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y 2 pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. Tiras reactivas, monitores de glucosa en sangre y lancetas: CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubre productos True Metrix y Accu-Chek como monitores de glucosa	20% de coseguro para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0. 20% de coseguro para zapatos o plantillas terapéuticas cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0. 20% de coseguro por capacitación para el autocontrol cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre que están disponibles en las farmacias de la red con una receta válida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros con diabetes que no se inyectan insulina: hasta 100 tiras reactivas y lancetas True Metrix y Accu-Chek cada 90 días • Miembros con diabetes que se inyectan insulina: hasta 300 tiras reactivas y lancetas True Metrix y Accu-Chek cada 90 días • No hay productos de lancetas preferidos. Sin embargo, las tiras reactivas y las lancetas de cobertura en las farmacias de la red dependen de la cantidad (arriba) y de si se inyecta insulina. <p>Monitores continuos de glucosa (CGM): Los monitores y suministros continuos de glucosa Dexcom y FreeStyle Libre están disponibles en las farmacias participantes con una receta válida.</p> <p>En las farmacias de la red se prefieren los productos True Metrix y Accu-Chek. Para otros medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas, comuníquese con su proveedor de DME.</p> <p>Podemos aplicar límites de cantidad para ciertos suministros para la diabetes de la Parte B. Si la solicitud excede los límites de cantidad, es posible que se requiera una revisión.</p> <p>Otras marcas de tiras reactivas pueden estar disponibles en un proveedor de equipo médico duradero (DME) contratado con un pedido de proveedor válido. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no cubre monitores de glucosa en sangre ni tiras reactivas de glucosa en sangre que no sean True Metrix y Accu-Chek en farmacias de la red.</p> <p>Las jeringas y agujas utilizadas para administrar insulina están cubiertas por su beneficio de farmacia de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 de esta Evidencia de Cobertura para obtener información sobre los costos compartidos. Le recomendamos que compre sus suministros para diabéticos a través de nuestra red de proveedores de DME y aproveche la entrega gratuita.</p>	<p>través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p><i>Se puede solicitar autorización previa para el alquiler, reparación y compra de equipo médico duradero de más de \$500.</i></p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3)</p>	<p>20% de coseguro para equipo médico duradero cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga una orden especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.</p>	<p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un 20% de coseguro para equipo médico duradero cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido es: 20% de coseguro para equipo médico duradero cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función</p>	<p>20% de coseguro por visita de emergencia. Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilizó su afección de emergencia, usted debe</p>


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos cuando obtiene estos servicios dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los EE. UU. y sus territorios (American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico, U.S. Virgin Islands).</p>	<p>volver a un hospital de la red para que podamos seguir cubriendo su atención <i>O BIEN</i>, debe recibir dicha atención en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Nuestros programas de salud y bienestar están diseñados para mejorar la salud y el estilo de vida de los miembros. Estos programas se centran en mejorar los resultados de salud, incluidas las condiciones crónicas. Todos los miembros están activos en la Administración de Casos con el plan, pero pueden optar por no participar en un plan de atención de administración de casos activo. Si desea trabajar directamente con uno de los coordinadores de administración de casos o administradores de casos, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.</p> <p>Nuestro plan cubre lo siguiente:</p> <p>Acceso a la biblioteca de salud de CareFirst (https://carefirst.staywellsolutionsonline.com) que contiene información útil acerca de la gestión de la salud y el bienestar, así como enlaces a recursos exclusivos de CareFirst.</p> <p>Beneficio para acondicionamiento físico (SilverSneakers)</p> <p>Membresía en SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes,¹ donde puede tomar clases² y usar equipos de ejercicio y otros servicios, sin costo adicional para usted. Inscribese en tantas ubicaciones como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a las clases en línea de ejercicio grupal especialmente diseñadas y dirigidas por instructores, los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, desde SilverSneakers Community le brindan opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios</p>	<p>\$0 de copago por todos los servicios detallados.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>tradicionales (como centros recreativos, parques y otras ubicaciones cercanas). SilverSneakers también le conecta a una red de apoyo y recursos en línea a través de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Active su cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene otras preguntas, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., ET.</p> <p>Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>¹Los lugares participantes (“PL”) no pertenecen ni operan a través de Tivity Health, Inc. ni sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica en las PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL. La inclusión de PL específicos no está garantizada y la participación de PL puede diferir según el plan de salud.</p> <p>²La membresía incluye las clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación.</p> <p>SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.</p> <p>*Servicios de audición de rutina</p> <p>Un proveedor de servicios de audición de la red debe proporcionar todos los servicios de audición para aprovechar los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen auditivo de rutina: una vez al año Audífonos: Uno (1) por oído, una vez cada tres (3) años <ul style="list-style-type: none"> Oído interno Oído externo 	<p>20% de coseguro por cada examen de diagnóstico de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>\$0 de copago por el examen auditivo de rutina (una vez por año calendario)</p> <p>\$0 de copago por un ajuste y evaluación para una visita de audífonos (una vez cada</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Por encima de la oreja • Primer grupo de moldes auriculares, cuando sea necesario • Evaluación y prueba del audífono: tres (3) visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha de la prueba inicial. • Garantía de reparación del fabricante por tres (3) años • Suministro de tres (3) años para la batería del audífono (hasta 48 baterías al año por audífono) <p>Devoluciones/cambios de audífonos: El Plan cubrirá las devoluciones por un reembolso completo o cambios solo dentro de los 60 días a partir de la fecha de prueba inicial. Los servicios de audición de rutina (examen, ajuste y evaluación de audífonos y audífonos) son proporcionados por NationsHearing, comuníquese con ellos al (877) 246-1666 (TTY: 711).</p>	<p>tres años). El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan.</p> <p>El plan paga un monto máximo de beneficios de \$1,950 para la compra de audífonos cada tres años. El miembro paga todos los costos después de alcanzar el monto máximo del beneficio de \$1,950. El plan no cubre el reemplazo debido a pérdida o robo.</p>
 Prueba de detección de VIH <p>Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	<p>\$0 de copago por las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del vendedor proveedor.</i></p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, 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, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar. 	<p>20% de coseguro por visita. Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de atención de respiro a corto plazo 	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original y no CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime efectúa el pago de los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>Las consultas de cuidados paliativos se incluyen como parte del beneficio de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Es</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a domicilio <p>Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si decide quedarse en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por Medicare Part A o B y están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Medicare Original los servicios pagados por Medicare Original. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p>Para servicios que están cubiertos por Medicare Part A o B y no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por Medicare Part A o B, y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que acuda a un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (tal como, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga el monto correspondiente de los costos compartidos de nuestro plan por servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos conforme a Medicare Original. <p>Para servicios cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime pero que no están cubiertos por Medicare Part A o B: CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con un pronóstico terminal. Usted paga el monto de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará el costo</p>	<p>posible que se apliquen costos compartidos por servicios médicos para consultas ambulatorias.</p>



Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.3).</p> <p>Nota: si necesita cuidado no paliativo (atención que no esté relacionada con un pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con enfermedad crónica que no ha elegido el beneficio de centros de cuidados paliativos.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Entre los servicios cubiertos de Medicare Part B, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Part B. <p>Además, cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos dentro del beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Atención en hospital para pacientes hospitalizados</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales 	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>Días 1 a 60: \$1,736 de deducible</p> <p>Días 61 a 90: \$434 de copago por día</p> <p>Días 91 a 150: \$868 de copago por día de reserva de por vida</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a</p>

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del modelo de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime provee servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Todos los planes CareFirst Medicare Advantage proporcionan cobertura para viajes y alojamiento relacionados con el trasplante de órganos para miembros elegibles con una <u>autorización previa aprobada</u> para un trasplante de órgano cubierto por Medicare realizado en un lugar lejos. Los miembros deben comunicarse con el plan para analizar sus opciones a nivel local antes de que se apruebe una ubicación distante, un viaje y un alojamiento. El período de beneficio para un trasplante cubierto comienza cinco días antes del trasplante y se extiende durante todo el episodio de atención médica del paciente trasplantado (sin exceder un año a partir de la fecha del trasplante). Los gastos de viaje y alojamiento están cubiertos para el destinatario (excluida la hospitalización) y su acompañante, sujetos a la elegibilidad del destinatario 	<p>través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia esté estable, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>y a una autorización previa aprobada. El reembolso máximo total combinado permitido para <u>viajes y alojamiento</u> por episodio de atención médica de trasplante es de <u>\$5,000 al año</u>. Los gastos de alojamiento están limitados a un máximo de \$150 por día, lo que se aplica al máximo anual combinado de \$5,000. Para obtener más información, consulte la Política de reembolso por servicios de trasplante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos <p>Nota: para que usted pase a ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente hospitalizado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con seguridad si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica mental que requieren hospitalización. Hay un límite de 190 días de duración para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general de atención aguda.</p> <p>El plan mide su uso de los períodos de beneficios de los servicios de un hospital psiquiátrico. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El período de beneficios finaliza después de que no haya recibido atención como paciente hospitalizado durante 60 días seguidos. Si ingresa nuevamente en un hospital psiquiátrico después de 60 días, comienza un nuevo período de beneficios y los costos compartidos</p>	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>Días 1 a 60: \$1,736 de deducible Días 61 a 90: \$434 de copago por día Días 91 a 150: \$868 de copago por día de reserva de por vida</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>comenzarán nuevamente para cualquier servicio que reciba del hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado.</p> <p>No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención hospitalaria psiquiátrica como paciente hospitalizado. También puede tener varios períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico. Hay un límite de por vida de 150 días. Nuestro plan cubre 60 días de reserva de por vida. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización psiquiátrica supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado completamente estos 60 días adicionales, la cobertura del hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado del plan se limitará a 90 días.</p>	
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Si se han agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la afección física del paciente. 	<p>Usted paga el costo compartido correspondiente por otros servicios como si se proporcionaran de manera ambulatoria. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta Evidencia de cobertura.</p> <p>Consulte “Servicios del médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico”, “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”, “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” y “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.  Terapia de nutrición médica <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no reciben diálisis) o luego de un trasplante de riñón ordenado por el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
 Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) <p>Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Los siguientes medicamentos/ clases de medicamentos están sujetos a autorización previa y terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acromegalia Deficiencia de alfa-1 antitripsina Autoinmune Bevacizumab Toxina botulínica Hematológico, eritropoyesis, agentes de estimulación (ESA) Hematológico, factores estimulantes de colonias de neutropenia: acción corta 	<p>20% de coseguro para los medicamentos recetados de Medicare Part B.</p> <p>El costo compartido de insulina está sujeto a un límite de \$35 por el suministro de un mes.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Los medicamentos de Medicare Part B pueden</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Hematológico, factores estimulantes de colonias de neutropenia: acción prolongada • Trastornos por almacenamiento lisosómico: enfermedad de Gaucher • Esclerosis múltiple (infusionado) • Osteoartritis, viscosuplementos: inyección simple • Osteoartritis, viscosuplementos: inyecciones múltiples • Cáncer de próstata: agentes de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) • Agentes para trastornos de la retina • Rituximab • Agentes para el asma grave • Trastuzumab <p>Estos medicamentos/clases de medicamentos pueden cambiar durante el año de beneficios. Puede encontrar una lista completa de medicamentos en https://www.carefirstmdsnpc.com/PartB. La lista se puede actualizar durante el año y los cambios se agregarán al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor.</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. 	<p>estar sujetos a los requisitos de la terapia escalonada.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La cobertura de los medicamentos de Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B • Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato bajo el sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. 	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene insuficiencia renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas. (Por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta) Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: https://www.carefirstmddsnp.com/PartB.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas con la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, que incluye las normas que se deben seguir para recibir la cobertura de sus recetas. El monto que debe pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.</p>	
 <p>Prueba de detección de obesidad y terapia para promover un adelgazamiento constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de obesidad y terapias preventivas.</p>
<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) 	<p>20% de coseguro para los servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas <p>Los medicamentos como la buprenorfina para tratar la adicción a los opioides también están disponibles en el formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Los miembros que toman dosis altas de opioides o usan múltiples profesionales que recetan o farmacias de la red pueden estar sujetos a restricciones adicionales como autorización previa, bloqueo de farmacia o bloqueo del profesional que receta.</p>	
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa para las pruebas y servicios que no son de rutina.</i></p> <p>Por ejemplo: Los servicios de radiología se deben realizar en establecimientos ambulatorios o independientes que no estén afiliados ni conectados a un hospital o sistema hospitalario. Se requiere autorización previa para los servicios de radiología realizados en un entorno hospitalario cuando no ha sido admitido y en un centro ambulatorio afiliado o conectado a un hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Pruebas de diagnóstico que no se realizan en el laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), MRI, EKG y tomografías por PET cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>20% de coseguro para pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>Es posible que se aplique un cargo adicional si se realiza una visita/ visita al consultorio en el momento del servicio.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>20% de coseguro para servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria 	<p>20% de coseguro por procedimientos quirúrgicos realizados en un centro para pacientes ambulatorios o en un Centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención médica mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de hospitalización sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo <p>Nota: a menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p>	<p>Para ver los montos de costos compartidos que podría pagar si pierde su elegibilidad para Medicaid, consulte otras secciones del Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los servicios que podrían aplicarse en un entorno de cuidados ambulatorios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial • Atención de emergencia • Medicamentos recetados de Medicare Part B • Equipo médico duradero • Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, incluidas las de laboratorio y radiografías. • Cirugía para pacientes ambulatorios
<p>Atención médica mental ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud médica mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional matriculado (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT), enfermera especializada (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental</p>	<p>20% de coseguro por cada sesión individual cubierta por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.</p>	<p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</p>	<p>20% de coseguro por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada visita de fisioterapia o terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare después de una visita de Bienvenida.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Servicios ambulatorios por trastornos por uso de sustancias</p> <p>Nuestra cobertura es la misma que la de Medicare Original, que es la cobertura de los servicios que se brindan en el entorno ambulatorio a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización por un alto consumo de sustancias o que requieren tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno hospitalario para pacientes hospitalizados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias por parte de un proveedor elegible de Medicare para determinar rápidamente la gravedad del consumo de sustancias e identificar el nivel adecuado de tratamiento. 	<p>20% de coseguro por cada sesión individual por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada sesión grupal por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a</p>


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones breves o asesoramiento centrados en aumentar la percepción y la conciencia sobre el consumo de sustancias y la motivación hacia el cambio de comportamiento. • Revisión de medicamentos, incluido el consumo de opioides, por parte de un farmacéutico del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). • Acceso a un administrador de casos para ayudar a coordinar su atención y acceder a los programas de abuso de sustancias o adicción a opioides. <p>Los medicamentos como la buprenorfina para tratar la adicción a los opioides también están disponibles en el formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (Lista de medicamentos). Los miembros que toman dosis altas de opioides o usan múltiples profesionales que recetan o farmacias de la red pueden estar sujetos a restricciones adicionales como autorización previa, bloqueo de farmacia o bloqueo del profesional que receta.</p>	<p>través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>Nota: en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>20% de coseguro por procedimientos quirúrgicos realizados en un centro para pacientes ambulatorios o en un Centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>\$130 de asignación mensual para compra de productos de venta libre (OTC) mediante el servicio de envío por correo. Los miembros deberán utilizar el servicio de envío por correo para cualquier compra OTC. Las compras OTC mediante el servicio de envío por correo proporcionan una amplia selección de medicamentos, suministros y productos de cuidado personal que se entregan sin receta a través del beneficio de OTC y seguridad en el baño 2026 del plan. Entre los ejemplos de artículos OTC se incluyen los siguientes: vendas adhesivas o</p>	<p>\$130 de asignación mensual para que todos los miembros la usen en OTC. Los miembros con afecciones crónicas que cumplan con los requisitos pueden usar la totalidad o una parte de los \$130 en comestibles, pago de alquileres o servicios públicos (se aplican</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>elásticas, antihistamínicos, analgésicos, descongestionantes, antiinflamatorios, antisépticos, somníferos, suplementos, suministros para la incontinencia, medias de compresión, dentífricos, adhesivos para dentaduras postizas, limpiadores de dentaduras postizas y estimuladores de encías. Los productos y marcas disponibles pueden cambiar durante el año y están sujetos a disponibilidad. Se aplican límites de cantidad para artículos seleccionados.</p> <p>El catálogo del plan para artículos OTC está disponible en línea en www.carefirstmddsnp.com. Simplemente ingrese al sitio web y haga clic en la pestaña “Find a Medication/Pharmacy” (Buscar un medicamento/farmacia). Haga clic en “Over-The-Counter Drugs” (Medicamentos de venta libre) en el lado izquierdo de la pantalla para ver o descargar una copia del catálogo de OTC. Puede realizar su pedido para envío por correo, a través del número gratuito o en línea. El catálogo de productos OTC contiene un listado completo de todos los medicamentos, suministros y productos de cuidado personal OTC cubiertos por el plan, así como el precio de cada artículo. Comuníquese con el Servicio para Miembros de OTC al 1-844-479-6334 (TTY: 711) para obtener más información.</p> <p>Este beneficio se combina con la tarjeta prepaga de atención médica en “Help with Certain Chronic Conditions” (Ayuda para determinadas afecciones crónicas) y, si elige usar ambos beneficios, la asignación mensual de \$130 se tiene en cuenta para el cálculo de ambos.</p>	<p>restricciones). Se permite la renovación mensual, pero no la renovación anual.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se brinda como un servicio ambulatorio hospitalario o es ofrecido por un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o terapeuta profesional matriculado. Se trata de una alternativa a la internación en el hospital.</p> <p>El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio de hospitalización parcial o servicio intensivo para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	
<p>* Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)</p> <p>Un sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) es un dispositivo electrónico que le permite obtener ayuda en una emergencia presionando un botón. El PERS puede darle la tranquilidad de saber que, en una situación de emergencia, puede obtener ayuda rápidamente, las 24 horas del día, sin costo adicional.</p> <p>El PERS estará disponible para miembros selectos que vivan con alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una discapacidad • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) • Diabetes • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) <p>Su cobertura incluye un (1) sistema de respuesta a emergencias personales y monitoreo mensual en la casa del miembro según lo dispuesto en el plan de salud.</p> <p>Para poder optar por este beneficio, debe tener al menos una de las cuatro (4) condiciones mencionadas anteriormente o una discapacidad.</p> <p>Los miembros solo son elegibles para este beneficio anualmente, si actualmente no tienen un PERS a través del estado de Maryland (Medicaid).</p> <p>Cómo acceder a este beneficio: Comuníquese al 1-877-215-0635 para ver si califica para este beneficio.</p> <p>Medicare le proporciona al plan una lista de miembros que tienen una discapacidad al momento de inscribirse con nosotros. Si queda discapacitado después de haberse inscrito en nuestro plan y desea acceder a este beneficio, debe completar una solicitud de discapacidad y recibir aprobación.</p> <p>Puede obtener más información en https://www.ssa.gov/applyfordisability/. Este proceso puede tardar hasta 5 o 6 meses en completarse.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para un Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS).</p>


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP O un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico. Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: PCP, especialista o atención de urgencia. <ul style="list-style-type: none"> Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Los miembros pueden utilizar su teléfono inteligente, tableta, computadora u otro dispositivo accesible para realizar visitas de telesalud elegibles. Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. Servicios de telesalud para las visitas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación. Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. 	<p>Servicios de médico de atención primaria (PCP): 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p> <p>Servicios de especialista (incluida la segunda opinión sobre la cirugía) en persona o de telesalud: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare en persona o a través de telesalud. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> ◦ En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ usted no sea un paciente nuevo y ◦ el chequeo no esté relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ usted no sea un paciente nuevo y ◦ la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención del pie de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>* Podología de rutina para todos los miembros</p>	<p>20% de coseguro para servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>\$0 de copago por atención de podiatría de rutina para</p>


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>El corte o remoción de callos y callosidades; el corte, recorte y desbridamiento de uñas; y otros cuidados de tipo higiénico y preventivo, como la limpieza y el remojo de los pies, el uso de cremas para la piel para mantener el tono de la piel en pacientes ambulatorios o postrados en una cama, cualquier otro servicio realizado en ausencia de enfermedad localizada, lesión o síntomas que afecten a los pies. Límite de cuatro (4) visitas por año.</p>	<p>miembros sin determinadas afecciones médicas (4 visitas por año calendario). Los servicios no cubiertos por Medicare (servicios de rutina) no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>
<p>Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento PrEP vía oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. <p>Una sola prueba de detección del virus de la hepatitis B.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados</p> <p><i>Se aplican normas de autorización previa para todos los artículos que superen los \$500.</i></p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, la prueba, colocación o capacitación sobre el uso de dispositivos ortopédicos y protésicos, además de: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de</p>	<p>20% de coseguro para dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye también determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas; consulte <i>Atención de la vista más adelante</i> en esta tabla para obtener más información.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>20% de coseguro para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>* Prevención de readmisiones</p> <p>El plan proporcionará comidas nutritivas a los miembros elegibles después del alta hospitalaria. El miembro recibirá 14 comidas por período de 1 semana, con un límite de 8 períodos de beneficio al año. Las comidas deben solicitarse a través del plan.</p> <p>Un Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) también estará disponible para los miembros en el momento del alta de una estancia en un establecimiento de hospitalización/ hospital o centro de enfermería especializada durante un período de ocho (8) semanas. Si recibió el alta recientemente (es decir, en un plazo de dos [2] semanas) y está interesado en un PERS, llame a Servicios para Miembros al número que figura en el dorso para obtener más información. Obtenga más información en Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS).</p> <p>Los programas de comidas incluyen comidas para la prevención de las readmisiones y comidas con terapia médica nutricional. Los miembros no pueden participar en ambos programas de comidas al mismo tiempo, pero pueden calificar para ambos programas de comidas dentro del año de beneficios.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles después del alta de una hospitalización.</p> <p>El plan proporcionará hasta 14 comidas por período de 1 semana después del alta.</p> <p>El plan proporcionará hasta ocho (8) semanas con un PERS después del alta.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol <p>Cubrimos pruebas de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historial de consumo de tabaco de al menos 20 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que realiza un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de prueba de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>
 Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de servicios de salud</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de hepatitis C cubierto por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre un alto riesgo porque consume o consumió drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera una persona de alto riesgo, pagamos una prueba de detección por una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.</p>	
<p> Prueba de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos pruebas de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de ITS cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>Además, cada año, cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento personal del comportamiento de alta intensidad de 20 a 30 minutos para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección de ITS y asesoramiento para beneficio preventivo de ITS cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. 	<p>20% de coseguro para servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro para tratamientos de diálisis para</p>


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él). • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de Medicare Part B en esta tabla.</p>	<p>pacientes ambulatorios y servicios de apoyo en el hogar.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p>
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.</i></p> <p>(Para obtener una definición del centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF).</p> <p>Tiene una cobertura de hasta 100 días por período de beneficio. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que se deben administrar como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. 	<p>Por cada hospitalización en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20</p> <p>\$217 de copago por día para los días 21 a 100</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médicos/profesionales. <p>En general, recibe atención de SNF en los centros que forman parte de la red. En ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los costos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es proveedor del plan, solo si el centro acepta los montos de pago establecidos de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia para ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Estar competentes y alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento <p>Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para el enfermo crónico:</p> <p>Comidas y terapia nutricional médica</p> <p>Para miembros con alguno de los siguientes diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) 	<p>\$0 de copago por comidas y terapia médica nutricional para los miembros elegibles después del alta de una hospitalización.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) • Diabetes, o • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) <p>Una vez que lo aprueba el plan, los miembros pueden recibir hasta 14 comidas (2 comidas por día durante 7 días) durante 12 semanas consecutivas.</p> <p>Los miembros pueden recibir hasta cuatro (4) períodos de beneficio de comidas al año con la aprobación del plan. Las comidas deben ser solicitadas por el plan.</p> <p>Además, los miembros recibirán una evaluación de la terapia médica nutricional y hasta tres (3) sesiones de asesoría de seguimiento y definición de objetivos por período de beneficios con un nutricionista certificado.</p> <p>Los programas de comidas incluyen comidas para la prevención de las readmisiones y comidas con terapia médica nutricional. Los miembros no pueden participar en ambos programas de comidas al mismo tiempo, pero pueden calificar para ambos programas de comidas dentro del año de beneficios.</p> <p>Tarjeta prepaga Healthcare:</p> <p>Los miembros a los que se les diagnostiquen determinadas afecciones que cumplan con los requisitos (consulte la lista a continuación) pueden usar la totalidad o una parte de la asignación mensual que se combina con los beneficios OTC (beneficios de productos de venta libre) de \$130 para alimentos (por ejemplo, bebidas, alimentos congelados, alimentos no perecederos/perecederos, vitaminas, suplementos dietarios, nutrición para la salud y el bienestar de la diabetes o control del peso), servicios públicos (tenga en cuenta que es posible que algunas empresas de servicios públicos no admitan un pago parcial, consulte a su empresa antes de usar la tarjeta) o alquileres (tenga en cuenta que es posible que algunas empresas de alquiler o propietarios no acepten el pago total o parcial a través de la tarjeta prepaga de atención médica. Se establecerá un proceso de reembolso para proporcionar asistencia, sin embargo, se requerirá un recibo de pago) a través de una tarjeta prepaga de atención médica proporcionada por el plan cuando se inscriba en él.</p> <p>Las afecciones que cumplen con los requisitos son las siguientes:</p> <p>Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD),</p>	<p>\$130 de asignación mensual para que todos los miembros la usen en OTC. Los miembros con afecciones crónicas que cumplan con los requisitos pueden usar la totalidad o una parte de los \$130 en comestibles, pago de alquileres o servicios públicos (se aplican restricciones). Se permite la renovación mensual, pero no la renovación anual.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>Trastornos autoinmunes, Cáncer, Trastornos cardiovasculares, Insuficiencia cardíaca crónica, Demencia, Diabetes mellitus, Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, Enfermedad gastrointestinal crónica, Enfermedad renal crónica (ERC), Trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, Trastornos pulmonares crónicos, Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, Trastornos neurológicos, Accidente cerebrovascular, Trasplante posorgánico, Inmunodeficiencia y Trastornos inmunosupresores, Afecciones asociadas con deterioro cognitivo, Afecciones con desafíos funcionales, Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan el funcionamiento, Bajo peso crónico</p> <p>La tarjeta prepaga para atención médica se puede utilizar en las tiendas de comestibles participantes que aceptan Visa o MasterCard, o para pagar directamente a las empresas de servicios públicos, agencias de alquiler o propietarios. Los miembros deben activar la tarjeta llamando al 844-479-6334 (TTY: 711) y también deberán dar fe de tener una afección que cumpla con los requisitos. Una vez que esto se complete, los fondos tardarán 48 horas (días hábiles) en estar disponibles en la tarjeta.</p> <p>Los miembros elegibles recibirán una tarjeta de reemplazo anualmente sin cargo adicional.</p> <p>No hay renovación anual para este beneficio.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Miembros del Beneficio Flex al 1-844-479-6334 (TTY: 711) para obtener más información.</p> <p>Como recordatorio, este beneficio se combina con los beneficios de productos de venta libre (OTC) y si elige usar ambos beneficios, la asignación mensual de \$130 se tiene en cuenta para el cálculo de ambos.</p>	
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)	20% de coseguro para terapia de ejercicio

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas <p>La SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p>Transporte (que no sea de emergencia)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 54 viajes de ida o de vuelta directamente hacia y desde ubicaciones relacionadas con la salud cada año calendario en taxi, furgoneta u otro tipo de transporte aprobado.</p> <p>Este beneficio solo es válido para fines relacionados con la salud. Se proporciona transporte de rutina al miembro y, cuando sea necesario, debido al estado de salud del miembro, a un (1) acompañante. El beneficio de transporte solo se puede utilizar para citas y visitas a la farmacia directamente relacionadas con el miembro. El transporte no se puede utilizar para otra persona que no sea el miembro. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no se hace responsable de ninguna pérdida de artículos, lesiones, etc. durante el servicio de transporte.</p> <p>Los miembros deben avisar con tres (3) días hábiles (de lunes a viernes, excepto días festivos) de antelación para coordinar el servicio de transporte. Los miembros deben llamar al 1-844-476-6334 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711) de</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de transporte de rutina.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Las cancelaciones o cambios deben realizarse al menos dos (2) horas antes del viaje programado, o se deducirán del número de viajes restantes. No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de transporte de rutina.</p>	
<p>Servicios requeridos urgentemente</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) que no se consideran requeridas de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios.</p>	<p>20% de coseguro por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare en persona o a través de telesalud. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. 	<p>20% de coseguro para el examen cubierto por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años y más, e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se le hacen 2 operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar 2 anteojos después de la segunda operación. <p>* Atención de la vista de rutina</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime también brinda cobertura para los siguientes servicios oftalmológicos no cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen ocular refractivo de rutina por año. • Asignación anual de \$150 para anteojos <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los anteojos incluyen los lentes y un par de marcos de anteojos o lentes de contacto (incluye examen de prueba de lentes de contacto) cada año. ◦ No se incluyen anteojos de venta libre. <p>Debe utilizar un proveedor de atención oftalmológica de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros (el número telefónico figura en el dorso de este documento) para averiguar si su optometrista u oftalmólogo están en la red o consulte nuestro <i>Directorio de proveedores</i> en nuestro sitio web en www.carefirstmdsnnp.com/.</p>	<p>20% de coseguro para anteojos (marco y lentes) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>20% de coseguro por cada visita de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p> <p>\$0 de copago por un examen de la vista de rutina, una vez por año calendario.</p> <p>Cobertura adicional para artículos para la visión: \$150 de asignación anual para la compra de lentes de contacto o un par de anteojos cada año. Los accesorios para lentes de contacto corneales están totalmente cubiertos. El miembro deberá pagar el saldo superior a \$150.</p>
 <p>Visite preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre una visite preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga usted
<p>médicos preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	

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

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
Exámenes bucales		
D0120	EVALUACIÓN BUCAL PERIÓDICA	1 cada 6 meses
D0140	EVALUACIÓN BUCAL LIMITADA, CENTRADA EN PROBLEMAS	1 cada 6 meses
D0150	EVALUACIÓN BUCAL INTEGRAL	1 cada 36 meses
D0160	EVALUACIÓN BUCAL DETALLADA Y AMPLIA, CENTRADA EN EL PROBLEMA, POR INFORME	1 cada 36 meses
D0170	REEVALUACIÓN LIMITADA, CENTRADA EN EL PROBLEMA	1 cada 36 meses
D0180	SERVICIOS PERIODONTALES INTEGRALES	1 cada 36 meses
Radiografías		
D0210	INTRABUCAL, SERIE COMPLETA (INCLUYE ALETAS DE MORDIDA)	1 cada 36 meses
D0220	INTRABUCAL, PERIAPICAL, PRIMERA PELÍCULA	1 cada 12 meses
D0230	INTRABUCAL, PERIAPICAL, CADA PELÍCULA ADICIONAL	1 cada 12 meses
D0240	IMAGEN RADIOGRÁFICA OCLUSAL INTRABUCAL	1 cada 36 meses
D0270	ALETAS DE MORDIDA, PELÍCULA ÚNICA	1 cada 12 meses
D0272	ALETAS DE MORDIDAS, DOS PELÍCULAS	1 cada 12 meses
D0273	ALETAS DE MORDIDA, TRES PELÍCULAS	1 cada 12 meses
D0274	ALETAS DE MORDIDA, CUATRO PELÍCULAS	1 cada 12 meses
D0277	ALETAS DE MORDIDA VERTICALES, DE 7 A 8 IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	1 cada 36 meses

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D0330	PELÍCULA PANORÁMICA	1 cada 36 meses
Otros servicios de diagnóstico dental		
D0460	PRUEBAS DE VITALIDAD DE LA PULPA	Dos veces al año, según sea necesario
Profilaxis (limpieza)		
D1110	PROFILAXIS, ADULTOS	1 cada 6 meses
Tratamiento con fluoruro		
D1206	BARNIZ DE FLUORURO TÓPICO	1 cada 6 meses
D1208	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO	1 cada 6 meses
Odontología integral: Subsidio anual \$3000 para los siguientes servicios		
Servicios restaurativos		
D2140	AMALGAMA, UNA SUPERFICIE, PERMANENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2150	AMALGAMA, DOS SUPERFICIES, PERMANENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2160	AMALGAMA, TRES SUPERFICIES, PERMANENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2161	AMALGAMA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, PERMANENTES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2330	RESINA, UNA SUPERFICIE, ANTERIOR	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2331	RESINA, DOS SUPERFICIES, ANTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2332	RESINA, TRES SUPERFICIES, ANTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2335	RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, ANTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2390	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CORONA, ANTERIOR	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2391	COMPUESTO A BASE DE RESINA, UNA SUPERFICIE, POSTERIOR	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2392	COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES, POSTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D2393	COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES, POSTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2394	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, POSTERIORES	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2710	CORONA, COMPUESTO A BASE DE RESINA (INDIRECTO)	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2712	CORONA, 3/4 COMPUESTO A BASE DE RESINA (INDIRECTO)	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2720	CORONA, RESINA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2721	CORONA, RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2722	CORONA, RESINA CON METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2740	CORONA, PORCELANA O CERÁMICA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2750	CORONA, PORCELANA FUSIONADA EN METAL MUY NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2751	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2752	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2753	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2780	CORONA, 3/4 DE FUNDICIÓN DE METAL NOBLE ALTO	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2781	CORONA, 3/4 DE FUNDICIÓN DE METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2782	CORONA, 3/4 DE FUNDICIÓN DE METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2783	CORONA, 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2790	CORONA, COMPLETA DE FUNDICIÓN DE METAL NOBLE ALTO	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2791	CORONA, COMPLETA DE FUNDICIÓN DE METAL BASE PREDOMINANTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D2792	CORONA, COMPLETA DE FUNDICIÓN DE METAL NOBLE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2794	CORONA DE RETENCIÓN, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2920	RECEMENTADO O READHESIÓN DE CORONA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2940	RESTAURACIÓN DE PROTECCIÓN	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2950	CONSTRUCCIÓN DEL NÚCLEO, INCLUYENDO CUALQUIER CLAVIJA, ADEMÁS DE LA CORONA	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2951	RETENCIÓN DE PERNO, POR DIENTE, ADEMÁS DE LA RESTAURACIÓN	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2952	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, FABRICADOS INDIRECTAMENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2953	CADA PERNO ADICIONAL FABRICADO INDIRECTAMENTE, MISMO DIENTE	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
D2954	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, PREFABRICADOS	1 por diente, por superficie una vez cada 24 meses
Endodoncia		
D3220	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA (EXCLUIDA LA RESTAURACIÓN FINAL), SOLO DIENTES PERMANENTES	1 por diente, de por vida
D3221	DESBRIDAMIENTO PULPAR, DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES	1 por diente, de por vida
D3310	TERAPIA ENDODÓNTICA, DIENTE ANTERIOR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	1 por diente, de por vida
D3320	TERAPIA DE ENDODONCIA, BICÚSPIDE (SIN RESTAURACIÓN FINAL)	1 por diente, de por vida
D3330	TERAPIA DE ENDODONCIA, MOLAR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	1 por diente, de por vida
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, DIENTE PREMOLAR	1 por diente, de por vida
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, MOLAR	1 por diente, de por vida

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
Periodoncia		
D4210	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4211	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4240	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4241	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4249	ALARGAMIENTO CLÍNICO DE CORONA, TEJIDO DURO	Una vez cada 36 meses
D4260	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE): CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4261	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE), DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 36 meses
D4341	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, CUATRO DIENTES O MÁS POR CUADRANTE	1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses
D4342	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES POR CUADRANTE	1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses
D4346	RASPADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE, BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN ORAL	1 por cuadrante de limpieza de sarro cada 36 meses
D4355	DEBRIDAMIENTO DE BOCA COMPLETA	Una vez cada 36 meses

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D4910	PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PERIODONTAL (DESPUÉS DE LA TERAPIA ACTIVA)	Una vez cada 3 meses
Prótesis removibles		
D5110	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	Una vez cada 60 meses
D5120	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	Una vez cada 60 meses
D5130	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MAXILAR	Una vez cada 60 meses
D5140	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MANDIBULAR	Una vez cada 60 meses
D5211	DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR, BASE DE RESINA (INCLUIDOS LOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5212	DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR, BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5213	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5214	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5221	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5222	DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5223	DENTADURA POSTIZA SUPERIOR INTERMEDIA PARCIAL, ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA DE RESINA	Una vez cada 60 meses

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
	(INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	
D5224	DENTADURA POSTIZA INFERIOR INMEDIATA PARCIAL, ESTRUCTURA DE METAL COLADO CON BASES DE PRÓTESIS DE RESINA (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5225	DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR, BASE FLEXIBLE (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5226	DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR, BASE FLEXIBLE (INCLUIDOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	Una vez cada 60 meses
D5410	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5411	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5421	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MAXILAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5422	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MANDIBULAR	2 por arco por año calendario (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5511	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, INFERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5512	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, SUPERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5520	REEMPLAZO DE DIENTES FALTANTES O ROTOS, PRÓTESIS COMPLETA	Una vez por arco por año calendario
D5611	REPARACIÓN DE LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, INFERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5612	REPARACIÓN DE LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, SUPERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5621	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, INFERIOR	Una vez por arco por año calendario

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D5622	REPARACIÓN DEL ARMazón PARCIAL COLADO, SUPERIOR	Una vez por arco por año calendario
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS MATERIALES DE RETENCIÓN O DE SUJECIÓN CON VÁLVULA DE RETENCIÓN ROTOS, POR DIENTE	Una vez por arco por año calendario
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS, POR DIENTE	Una vez por arco por año calendario
D5650	AGREGADO DE DIENTE A LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	Una vez por arco por año calendario
D5660	AGREGADO DE UN BROCHE A UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE, POR DIENTE	Una vez por arco por año calendario
D5710	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA SUPERIOR COMPLETA	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5711	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA INFERIOR COMPLETA	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5720	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5721	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5730	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA SUPERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5731	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA INFERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5740	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5741	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR (DIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
D5750	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA SUPERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5751	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA INFERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5760	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL SUPERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5761	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL INFERIOR (INDIRECTO)	Una vez cada 36 meses (después de 6 meses de la colocación inicial)
D5863	SOBREDENTADURA POSTIZA, SUPERIOR COMPLETA	Una vez cada 60 meses
D5864	SOBREDENTADURA POSTIZA, SUPERIOR PARCIAL	Una vez cada 60 meses
D5865	SOBREDENTADURA POSTIZA, INFERIOR COMPLETA	Una vez cada 60 meses
D5866	SOBREDENTADURA POSTIZA, INFERIOR PARCIAL	Una vez cada 60 meses
Cirugía bucal y maxilofacial		
D7111	EXTRACCIÓN, RESTOS CORONALES, PRIMARIO	Una vez por diente de por vida
D7140	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA	Una vez por diente de por vida
D7210	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO QUE REQUIERE LA EXTRACCIÓN DE HUESO O SECCIONAMIENTO DEL DIENTE, E INCLUYE LA ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO	Una vez por diente de por vida
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, TEJIDO BLANDO	Una vez por diente de por vida
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, PARCIALMENTE EN EL HUESO	Una vez por diente de por vida
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO	Una vez por diente de por vida
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO, CON	Una vez por diente de por vida

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO CUBIERTOS	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
	COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POCO COMUNES	
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO CON INCISIÓN)	Una vez por diente de por vida
D7251	CORONECTOMÍA, EXTRACCIÓN PARCIAL INTENCIONADA DE UN DIENTE	Una vez por diente de por vida
Servicios generales complementarios		
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO DEL DOLOR DENTAL, PROCEDIMIENTOS MENORES	3 veces cada 12 meses
D9310	CONSULTA, SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRESTADO POR UN DENTISTA O UN MÉDICO DISTINTO DEL DENTISTA O MÉDICO SOLICITANTE	Según sea necesario
D9410	ATENCIÓN A DOMICILIO/CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA	Según sea necesario

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

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

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

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

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

SECCIÓN 4 Servicios que nuestro plan no cubre

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugías o procedimientos estéticos	Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo Están cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de la mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Atención de custodia La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, atención que ayuda al paciente con actividades de la	No cubiertos en ninguna afección

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
vida cotidiana, tal como bañarse o vestirse	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Medicare Original.	Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	No cubiertos en ninguna afección
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	No cubiertos en ninguna afección
Los servicios domésticos incluyen asistencia con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	No cubiertos en ninguna afección
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna afección
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería	No cubiertos en ninguna afección

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
especializada, como un teléfono o televisión.	
Sala privada en un hospital.	Está cubierta solo cuando sea médicamente necesario
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna afección
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubiertos en ninguna afección

CAPÍTULO 5:

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help), **parte de la información contenida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D puede no corresponder a su caso.** Le enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el cual se explica su cobertura de medicamentos. Si no recibe este documento, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en el dorso de este documento).

SECCIÓN 1 Normas básicas de nuestro plan sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D

Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Part B y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

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

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2 o *puede surtir su medicamento recetado a través del servicio de envío por correo de nuestro plan*).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).

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

- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la FDA o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en nuestras farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proveer sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” abarca todos los medicamentos de la Parte D que figuran en nuestra Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encontrar una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.carefirstmddsnp.com/), o llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que utiliza deja la red de nuestro plan, usted deberá encontrar otra farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de los Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/.

Farmacias especializadas

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.

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

- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención de largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicios para el Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, únicamente los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA restringe a ciertas localidades o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. Para encontrar una farmacia especializada, vaya a su *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html> o llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicios de envío por correo de nuestro plan

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

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

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

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo se le enviará en un plazo de 10 a 15 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé que el pedido se retrasará, se comunicarán con

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

usted y le ayudarán a decidir si esperar el medicamento, cancelar el pedido por correo u obtener el medicamento recetado en una farmacia minorista local.

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

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

- Usted utilizó los servicios de envío por correo con este plan en el pasado, o
- usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de los medicamentos de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 2.3 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos de largo plazo?

Nuestro plan cuenta con 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de los medicamentos de mantenimiento enumerados en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html> le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envíos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en estas situaciones:

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

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

- Si recibe un medicamento recetado de la Parte D durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que se lo evacúa o desplaza de su área de servicio o lugar de residencia.

Si debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que surte su receta. Podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle nuestro plan un reembolso). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos para abreviar.**

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

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

Generalmente cubrimos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere a que el uso del medicamento coincida con *alguno* de estos casos:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que recibió la receta, o
- Esté respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero considerarse medicamentos fuera del formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos estarán identificados en nuestra Lista de Medicamentos y en www.Medicare.gov, junto con las afecciones médicas específicas que se cubren.

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

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares actúan con la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original y su costo, a menudo, es menor. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Cinco categorías de costos compartidos para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento.

- Categoría 1 – Genéricos preferidos: es la categoría más baja e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Categoría 2 – Medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Categoría 3 – Medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Categoría 4 – Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- Categoría 5 – Medicamentos especializados: es la categoría más alta e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

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

Para conocer en qué categoría de costos compartidos se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada categoría de costos compartidos se puede ver en el Capítulo 6.

Sección 3.3 ¿Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, usted tiene estas opciones:

- Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web del plan (www.carefirstmddsnp.com/). La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento determinado está en nuestra Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Real-Time Benefit Tool” de nuestro plan (www.carefirstmddsnp.com/) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un estimado de lo que pagará y para consultar si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o tipos de costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, debe utilizar el proceso de determinación de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar levantar la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9).

Obtención de aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. A esto se lo conoce como **autorización previa**. Se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/.

Límites de cantidades

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

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría?

Existen situaciones en que un medicamento recetado que toma, o un medicamento que usted o su proveedor consideren que debe tomar, no se encuentre en nuestra Lista de medicamentos o que tenga restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costos compartidos que hace que este sea más caro de lo que cree conveniente.

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, hay algunas opciones de lo que puede hacer:

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

Usted puede obtener un suministro provisional

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

Para ser elegible para el suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe tener alguna restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si estaba en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días. Si su medicamento recetado es para menos días, entregaremos varios resurtidos para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamento. El medicamento recetado debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede entregar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).

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

- **Para aquellos miembros que estén en el plan desde hace más de 90 días, residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro inmediatamente:** Cubriremos el suministro de emergencia de un medicamento en particular por 31 días o menos si su receta es por menos días. Se trata de una cobertura adicional, además del suministro temporal que se menciona anteriormente.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como que le den el alta o lo admitan en un centro de atención a largo plazo), su proveedor de la red o su farmacia de la red pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado dicho suministro. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar de medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por nuestro plan con el mismo mecanismo de acción. Llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener información sobre qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera oportuna y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que usted considera muy alta

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que considera demasiado alta, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que considera demasiado alta, hable con su proveedor. Puede existir un medicamento diferente en una categoría de costos compartidos más baja que podría funcionar con la misma eficacia para usted. Llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en la categoría de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Transferir un medicamento a una categoría de costos compartidos mayor o menor.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica de ese medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de

medicamentos en línea. A veces recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar incluido en ella.**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a una categoría de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de costos compartidos o en una inferior y con las mismas o menores restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselo luego, incluso si toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a una categoría de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión que agreguemos del medicamento aparecerá en la misma categoría de costos compartidos o en una inferior y con las mismas o menores restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar algún cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.
- **Quitar medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si toma el medicamento, se lo haremos saber después de realizar el cambio.
- **Implementar otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nosotros nos basamos en las advertencias del recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

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

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que le receta sobre las opciones que serían más apropiadas para usted, que incluyen cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección médica o solicitar una determinación de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará en su caso si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Cambiamos el medicamento a una categoría de costos compartidos más alta.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos sin cobertura

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

A continuación, se establecen 3 normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según Medicare Part A o Part B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* a menos que esté avalado por ciertas referencias, como Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso fuera de lo indicado se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.

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

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

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

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

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

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Usted podrá **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

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

Consulte su *Directorio de Farmacias* <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html> para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no pertenece o si usted necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC.

Si usted reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados

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

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

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

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

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

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

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

Sección 10.1 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si toma medicamentos con opioides que obtiene de distintos profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su

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

uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus profesionales que recetan, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiacepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

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

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

Sección 10.2 Medication Therapy Management (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros con ciertas enfermedades crónicas que toman medicamentos que superan un monto específico de costos, o aquellos que están en un DMP para ayudarlos a tomar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre sus medicamentos recetados y sus medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que

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

incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debe tomar y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

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

SECCIÓN 1 Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D

Utilizamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. La ley excluye a algunos medicamentos de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Part A o Part B, o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, el lugar donde surtir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Real-Time Benefit Tool” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (www.carefirstmddsnp.com/), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Real-Time Benefit Tool” llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help), **parte de la información contenida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el cual se explica su cobertura de medicamentos. Si no recibe este folleto, llame a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillos personales para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar nuestra parte.

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

- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué no cuenta como sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que usted paga por sus medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de deducible
 - Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud del empleador o sindicatos, el Indian Health Service, AIDS Drug Assistance Programs, State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.

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

- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluye de la cobertura.
- Los pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y Veterans Health Administration (VA), por sus medicamentos.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización por accidentes laborales).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Manufacturer Discount Program

Recuerde: Si alguna otra organización, como las indicadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo total

- En la *Descripción de Beneficios de la Parte D (EOB)* que recibe se incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de cobertura inicial y que pasó a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1, para conocer lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. El importe que pague por cada medicamento recetado dependerá de la etapa en la cual se encuentre cuando adquiera el medicamento recetado o renueve la receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. A continuación, se describen las diferentes etapas:

- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**

SECCIÓN 3 Su Explicación de Beneficios de la Parte D describe en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos recetados y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de gastos de bolsillo:** esta es la cantidad que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, el Indian Health Service, los AIDS Drug Assistance Programs, organizaciones benéficas y la mayoría de los State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si usted ha surtido una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el costo total del medicamento, cuánto pagó nuestro plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta indica el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de membresía siempre que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a mantenernos informados sobre los medicamentos recetados que obtiene y lo que paga.

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

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de los recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando realiza un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes ofrecido por el fabricante del medicamento.
 - Siempre que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros presenta por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el State Pharmaceutical Assistance Program, el AIDS drug assistance program (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones de beneficencia, cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de deducible

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos de los medicamentos recetados, la Etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$615 en los medicamentos de las Categorías 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de las Categorías 3, 4 y 5** hasta que alcance la cantidad del deducible de nuestro plan. Para el resto de los medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. Por lo general, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para medicamentos con precios negociados bajo el programa Drug Price Negotiation de Medicare.

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

Una vez que paga \$615 por sus medicamentos de las Categorías 3, 4 y 5, saldrá de la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

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

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

Nuestro plan tiene cinco categorías de costos compartidos

Todos los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las cinco categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número de la categoría de costos compartidos, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- Categoría 1 – Genéricos preferidos: es la categoría más baja e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Categoría 2 – Medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Categoría 3 – Medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Categoría 4 – Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- Categoría 5 – Medicamentos especializados: es la categoría más alta e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Para conocer en qué categoría de costos compartidos se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

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

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

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

- Nuestro servicio de envío por correo de farmacia del plan

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

Sección 5.2 Sus costos para el suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende de la categoría de costos compartidos.

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

Sus costos para el suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Categoría	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)	Costos compartidos en farmacias de envío por correo	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red
	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (un suministro de hasta 10 días)
Categoría 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos) (Según la “Ayuda Adicional” [Extra Help] que reciba)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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

Categoría	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)	Costos compartidos en farmacias de envío por correo	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red
	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (un suministro de hasta 10 días)
Categoría 2 de costos compartidos (Genéricos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 3 de costos compartidos (De marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar la categoría de costos compartidos en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

CAPÍTULO 6: Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes**

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

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

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será más bajo.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que pague por día por su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Sus costos para el suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

Sus costos para el suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Categoría	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos en farmacias de envío por correo (un suministro de hasta 90 días)
Categoría 1 de costos compartidos <i>(Según la “Ayuda Adicional” [Extra Help] que reciba)</i>	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 de costos compartidos	\$0 de copago	\$0 de copago

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

Categoría	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos en farmacias de envío por correo (un suministro de hasta 90 días)
Categoría 3 de costos compartidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4 de costos compartidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 5 de costos compartidos	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente de la categoría de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales en medicamentos durante el año alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

La *EOB de la Parte D* que le enviamos le ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted y nuestro plan, así como cualquier tercero en su nombre, durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite anual de gastos de bolsillo de \$2,100.

Le avisaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en caso de catástrofe

En la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando los gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que usted debe pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte nuestra Lista de medicamentos de su plan o llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en 2 partes:

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

Los costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

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

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

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

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

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

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

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

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

- Situación 1:* Recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.
 - Para las otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la aplicación.
 - Nuestro plan pagará el resto de los costos.
- Situación 2:* Usted recibe su vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.
- Cuando reciba la vacuna, tal vez deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrarla.
 - Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).
- Situación 3:* Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia de la red y luego la lleva al consultorio médico, donde se le administrará la vacuna.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
 - Cuando el médico le administre la vacuna, usted tal vez deba pagar el total del costo por este servicio.
 - Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por medicamentos o servicios cubiertos

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

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

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

A continuación se muestran ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que usted recibió:

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

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

- Puede recibir servicios requeridos urgentemente o de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que le facture a nuestro plan.
- Si usted pagó el monto total en el momento en que recibió la atención, solicite un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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

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

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

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

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

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

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer más sobre estas circunstancias. Es posible no podamos reintegrarle la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía de nuestro plan

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibí

Puede solicitar que le devolvamos el pago enviándonos una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Se recomienda que conserve una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación médica en el transcurso de un (1) año y su reclamación de la Parte D en el transcurso de tres (3) años** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (www.carefirstmddsnp.com/) o llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Solicitudes de pago por atención médica:

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

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

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

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

Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D:**CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing****P.O. Box 52066****Phoenix, AZ 85072-2066**

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

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

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

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Our 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 our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't 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 materials in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime at 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (TTY users call 711). Calls to these numbers are free (the TTY number requires special telephone equipment and is only for people who have difficulties with hearing or speaking.) Representatives are available from 8am-8pm EST, 7 days a week from

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

October 1 - March 31, and 8am-8pm EST, Monday – Friday from April 1 - September 30. You can also send a grievance in writing to CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Grievances, P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117. You can 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.

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera competente desde el punto de vista cultural y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico distinto. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista dentro de la red, llame al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (TTY: 711) para presentar una queja. Las llamadas a estos números son gratuitas (el número TTY requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla). Los representantes están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar una queja por escrito a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Grievances, P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que provea y coordine sus servicios cubiertos. No es necesario que obtenga una remisión para consultar a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a surtir o resurtir los medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin mucha demora.

Si cree no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D en un período de tiempo razonable, en el Capítulo 9 se proporciona información sobre lo que debe hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

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

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso de prácticas de privacidad

En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y financiera, y cómo puede acceder a ella. Revíselo con atención. La privacidad de su información médica y financiera es importante para nosotros.

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

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

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

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando la ley permita los cambios. Nos reservamos el

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Usos y divulgaciones principales de la información médica protegida

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

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “pago”, tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, es posible que utilicemos y divulguemos su información médica protegida para pagar reclamaciones por los servicios que le proporcionan médicos, hospitales, farmacias y profesionales cubiertos por su plan de salud. También podemos utilizar su información para determinar si cumple con los requisitos para los beneficios, coordinar beneficios, revisar la necesidad médica, obtener primas y enviar explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que usted participa.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “Operaciones de atención médica”, tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejora, participar en la coordinación de atención o en la administración de casos y administrar nuestras actividades comerciales.
- **Socios comerciales:** En cuanto a nuestras actividades de pago y operaciones de atención médica, celebramos contratos con personas y entidades (denominadas “socios comerciales”) para que lleven a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para que proporcionen ciertos tipos de servicios (como apoyo de servicio al miembro, gestión de la utilización, subrogación o administración de beneficios farmacéuticos). Podemos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de celular, con nuestros socios comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o para proporcionar los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o revelarán información médica protegida, pero únicamente después de que exijamos que acepten por escrito los términos contractuales diseñados para proteger su información adecuadamente.
- **Otras entidades cubiertas:** Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o de pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando este la necesite para que le brinde tratamiento, y es posible que divulguemos esa información a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención de la salud en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejora o autorización, certificación, licencias o acreditaciones.

Otros usos y divulgaciones posibles de información médica protegida

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

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **A usted o con su autorización:** Debemos divulgarle su información médica protegida, tal como se describe en la sección Derechos Individuales de este aviso. Puede otorgarnos una autorización por escrito para usar su información médica protegida o divulgarla a cualquier persona para cualquier fin que no esté detallado en este aviso. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación que hayamos hecho según lo permitido por su autorización mientras estaba vigente. En la medida (si corresponde) en que mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, se requerirá su autorización para la mayoría de las divulgaciones de estas notas. Asimismo, en la medida (si corresponde) en que usemos o divulguemos su información para nuestras prácticas de recaudación de fondos, le ofreceremos la posibilidad de excluirse de futuras comunicaciones sobre recaudación de fondos. Además, se necesita su autorización para la mayoría (pero no todos) de los usos y las divulgaciones de información médica para fines de marketing y para las divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida. Sin su autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información médica protegida por ningún motivo, excepto por aquellos que se describen en este aviso.
- **Al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services:** Debemos divulgar su información médica protegida al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) cuando dicho funcionario esté investigando o determinando si cumplimos con las regulaciones federales de privacidad.
- **A los patrocinadores del plan:** Si la ley lo permite, podemos divulgar su información médica protegida al patrocinador de su plan de salud grupal para permitirle llevar a cabo las funciones de administración del plan. Por ejemplo, un patrocinador del plan puede comunicarse con nosotros para solicitar información y así evaluar cambios futuros en su plan de beneficios. También podemos divulgar al patrocinador del plan información médica resumida (este tipo de información se define en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA) acerca de los inscritos en su plan de salud grupal para que obtenga ofertas de primas para la cobertura del seguro médico que se ofrece por medio de su plan de salud grupal o para que decida si lo modifica, enmienda o finaliza.
- **A familiares y amigos:** Si usted está de acuerdo o si no está disponible para aceptar, como en una situación de emergencia médica, podemos divulgar su información médica protegida a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de esta.
- **Suscripción al seguro:** Es posible que recibamos su información médica protegida para suscripciones al seguro, calificaciones de primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro médico o beneficios de salud. No usaremos ni divulgaremos información médica protegida que sea información genética de una persona para tales fines. No usaremos ni divulgaremos esta información médica protegida recibida en estas circunstancias para ningún otro fin, salvo que lo exija la ley, a menos que usted suscriba un contrato de seguro médico o de beneficios de salud con nosotros.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Actividades de supervisión de salud:** Es posible que divulguemos su información médica protegida a un organismo de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones o medidas disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales. Los organismos de supervisión que solicitan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan lo siguiente: (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios del Gobierno, (iii) otros programas reglamentarios del Gobierno y (iv) el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Abuso o abandono:** Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades pertinentes si consideramos razonablemente que podría ser una posible víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros delitos.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** En conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funcionarios responsables de la investigación, médicos forenses, directores funerarios y organizaciones de donación de órganos:** Podemos divulgar su información médica protegida a un funcionario responsable de la investigación o médico forense para que le identifique después de morir, determine la causa de su muerte o lleve a cabo otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar, según lo autorizado por la ley, información a los directores funerarios para que puedan llevar a cabo sus funciones en su nombre. Además, es posible que divulguemos esa información a organizaciones que se dedican a la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación:** Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad: (1) haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) haya aprobado la investigación.
- **Reclusos:** Si usted es un recluso en una institución correccional, podemos divulgar su información médica protegida a esa institución o a un funcionario de la ley con los siguientes fines: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para su salud y seguridad, y la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Compensación a los trabajadores:** Podemos divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y con otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades que estén relacionadas con el trabajo.
- **Salud y seguridad públicas:** Podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria a fin de evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de los demás.
- **Casos exigidos por la ley:** Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida cuando así lo exija la ley. Por ejemplo, debemos divulgar su información médica protegida al DHHS, si así lo solicita, para que determine si cumplimos con las leyes federales de privacidad.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Procesos y procedimientos legales:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a un tribunal o una orden administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden de detención o citación del gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios de la ley.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar a un funcionario de la ley la información médica protegida limitada de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, una víctima de un delito o una persona desaparecida. Es posible que divulguemos información médica protegida cuando sea necesario para ayudar a que los funcionarios de la ley capturen a una persona que haya admitido haber sido partícipe de un delito o que se haya escapado de la custodia legal.
- **Seguridad militar y nacional:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica protegida del personal de las Fuerzas Armadas. Es posible que divulguemos a los funcionarios federales información médica protegida que sea necesaria para el contraespionaje, el espionaje y otras actividades de seguridad nacional.
- **Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida:** Cualquier otro uso y divulgación de su información médica protegida que no se haya descrito anteriormente se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si nos proporciona dicha autorización, puede revocarla por escrito, y esta revocación será efectiva para usos y divulgaciones futuros de información médica protegida. Sin embargo, no lo será para la información que ya hayamos usado o divulgado conforme a su autorización.

Derechos individuales

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

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

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

para que revise su solicitud y la denegación. La persona que realice esta revisión no será la misma persona que denegó su solicitud inicial.

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

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

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

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

- **Comunicación confidencial:** Si cree que la divulgación de toda su información médica protegida o de parte de ella puede ponerle en peligro, tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial para hablar de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar que le enviemos información por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Si su solicitud es razonable y en ella se indican los medios alternativos o la ubicación alternativa y cómo se manejarán las cuestiones de pago (primas y reclamaciones), podemos procesarla. Puede solicitar una comunicación confidencial si nos escribe utilizando la información que aparece al final de este aviso.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Modificaciones:** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. La solicitud debe realizarse por escrito y en ella se debe explicar por qué se debería modificar la información. Podemos denegar la solicitud si no creamos la información que desea que se modifique o por otros motivos determinados. Si eso ocurre, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de disconformidad para que se anexe a la información que quería que se modificara. Si aceptamos la solicitud de modificar la información, tomaremos todas las medidas razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre la modificación e incluir los cambios en toda divulgación futura de esa información.

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

- **Notificación de filtración de información:** En caso de que se produzca una filtración de su información médica no protegida, le proporcionaremos una notificación sobre ello, según lo exija la ley o cuando lo consideremos apropiado.

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

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

- Información que proporciona en solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, salario, edad y sexo.
- Información sobre su relación con CareFirst, nuestros afiliados y otros, como su cobertura de póliza, primas e historial de pago de reclamaciones.
- Información como la descrita anteriormente que obtengamos de cualquiera de nuestras filiales.
- Información que recibimos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su corredor y otros terceros.
- Información que recibimos sobre usted cuando inicia sesión en nuestro sitio web. Mediante el uso de “cookies”, podemos hacer un seguimiento de cierta información, como saber si los miembros han visitado anteriormente el sitio web de CareFirst o para hacer un seguimiento del tiempo que los visitantes pasan en el sitio web. Estas cookies no recopilan información de identificación personal, y no combinamos información recopilada mediante cookies con otra información financiera personal para determinar la identidad de los visitantes de su sitio web. No divulgaremos las cookies a terceros.

¿Cómo se utiliza su información?

Utilizamos la información que recopilamos sobre usted en relación con la suscripción a seguros o la administración de una póliza de seguro o reclamación, o para otros fines permitidos por la ley. En ningún momento revelamos su información financiera a ninguna persona ajena a CareFirst, a menos que tengamos su autorización correspondiente o que estemos autorizados

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

u obligados a hacerlo por ley. Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información. Además, limitamos el acceso a su información financiera a los empleados de CareFirst, socios comerciales, proveedores, administradores del plan de beneficios, corredores, consultores y agentes que necesiten conocerla para llevar a cabo actividades comerciales de CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

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

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

Cambios en nuestra política de privacidad

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

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

Puede solicitar una copia de nuestros avisos en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, si desea copias adicionales de este aviso o si tiene preguntas o inquietudes, llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación o comuníquese con la Oficina de Privacidad de CareFirst utilizando la información que aparece a continuación.

Cómo presentar una queja

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

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

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

Información de contacto:

CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc.

Privacy Office CT 10-03

10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117

Teléfono: 800-853-9236

Número de fax: 410-505-6692

Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization y Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc.

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia es el nombre comercial de Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc. En el District of Columbia y en Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. of Maryland (usado en VA por: First Care, Inc.).

CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization y Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc., Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

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

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

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información acerca de cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

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

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

El estado de Maryland ofrece un formulario para hacer la planificación de la atención médica llamado “Directiva anticipada de Maryland: Planificación para futuras decisiones de atención médica”. El formulario se puede completar en línea en <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx>, o puede escribir a Office of the Attorney General, Health Decisions Policy Division, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201 para solicitar una copia.

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

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir los formularios.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Sin importar el lugar de donde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar las copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo. Puede darles copias a sus amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su hogar.

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

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

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

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Office of the Attorney General, Health Decisions Policy Division, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201.

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

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

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se respetaron sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Office for Civil Rights** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a la Office for Civil Rights de su localidad.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de discriminación*, puede obtener ayuda con el problema que está teniendo en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 800-551-5995
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 800-551-5995
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué es lo que tiene cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura médica o de medicamentos, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía de nuestro plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que le ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de realizarla y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Railroad Retirement Board).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja(determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para abordar el problema depende de 2 cosas:

1. Si el problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si quisiera obtener ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o Medicaid, o ambos, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. Según el tipo de problema que tenga:
 - Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para determinaciones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**, también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.1 Términos legales

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos. Para que quede más claro, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre dispuestos para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho de queja. Siempre debe llamar al Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, puede que también desee ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder las preguntas, darle más información y ofrecerle orientación para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Llame a State Health Insurance Assistance Program al 410-767-1100 o 800-243-3425.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Maryland Department of Health.

- Llame al 410-767-6500 o 877-463-3464, de 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-735-2258.
- Escriba a Maryland Department of Health
201 West Preston Street
Baltimore, MD 21201.
- Visite el sitio web de Maryland Medicaid (<https://mmcp.health.maryland.gov>).

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede utilizar para su problema

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se refiere a un

beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si quisiera obtener ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o Medicaid, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice el siguiente cuadro.

¿Su problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

Mi problema se relaciona con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12, Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare

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

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (artículos o servicios médicos o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 5: Una guía sobre las determinaciones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

Determinaciones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía sobre las determinaciones de cobertura y apelaciones

Las determinaciones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Part B como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de determinación de cobertura y apelaciones para temas tales como saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo solicitar las determinaciones de cobertura antes de recibir los servicios

Si necesita saber si cubrimos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos una determinación de cobertura para su caso. Una determinación de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red del plan le remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una determinación de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio al que se le remitió no se cubre en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de determinación de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una determinación de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una determinación de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta determinación de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una determinación de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una determinación de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, usted puede pedir una apelación expeditiva o **apelación rápida** de una determinación de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

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

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso donde se explique por qué la solicitud fue desestimada y cómo puede pedir una revisión de dicha desestimación.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711).**
- **Obtenga asistencia gratuita** de su State Health Insurance Assistance Program.
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tiene que ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/).
- Para atención médica, el médico puede solicitar una determinación de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el nivel 1, se derivará en forma automática al nivel 2.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja(determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una determinación de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, el médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *formulario de Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com/). Este formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización independiente de revisión que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. Existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una determinación de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y fechas límite para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran apelaciones y determinaciones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro acerca de qué información se aplica en su caso, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 del Cuadro de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos de Parte B son diferentes de las normas para los elementos médicos y los servicios.

Esta sección describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención. **Solicitar una determinación de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que nuestro plan cubre esta atención. **Solicitar una determinación de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debe cubrir, pero le informamos que no pagaremos por esta atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por la atención médica que considera que nuestro plan debe cubrir y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le dijeron que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención médica hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una determinación de cobertura

Término legal:

Una determinación de cobertura que involucra su atención médica se denominada **determinación de la organización**.

Una determinación de cobertura rápida se denomina **determinación expeditiva**.

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

Por lo general, se toma una determinación de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una determinación de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas, para los medicamentos de la Parte B. Puede obtener una determinación de cobertura rápida *solo* si con la aplicación de los plazos estándares puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la funcionalidad..

Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una determinación de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una determinación de cobertura rápida.

Si usted mismo solicita una determinación de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una determinación de cobertura rápida. Si no aprobamos una determinación de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándares.
- Explique que si su médico solicita la determinación de cobertura rápida, automáticamente le daremos una determinación de cobertura rápida.
- Explique cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una determinación de cobertura estándar en lugar de la determinación de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una determinación de cobertura o una determinación de cobertura rápida.

- En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Para las determinaciones de cobertura estándares utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le brindaremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las determinaciones de cobertura rápida utilizamos un plazo expeditivo.

Una determinación de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura de atención médica es negativa, puede apelar.

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

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal:

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

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

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza dentro de los 30 días calendario, o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico, u otra persona que emita recetas, deberán decidir si requiere una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una determinación de cobertura rápida detallados en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si está por solicitar una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si está por solicitar una apelación rápida, presente la apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos en respuesta a su solicitud de determinación de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias y el envío de esta información a usted.

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

- Cuando revisemos su apelación, revisamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud de forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización independiente de revisión. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y la reenviaremos automáticamente a la organización independiente de revisión para una apelación de Nivel 2. La organización independiente de revisión le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, podemos extender el plazo hasta **14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
 - Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización independiente de revisión revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico o dentro de los 7 días calendario si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización independiente de revisión para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación del Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización independiente de revisión es la **Independent Review Entity**. A veces se le denomina **IRE**.

La **organización independiente de revisión 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 debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias y el envío de esta información.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización independiente de revisión para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización independiente de revisión analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de una apelación rápida, la organización independiente de revisión le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que la reciba.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización independiente de revisión necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización independiente de revisión no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización independiente de revisión le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización independiente de revisión deberá responder a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe la apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización independiente de revisión necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización independiente de revisión no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

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

- **Si la organización independiente de revisión responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión de la organización independiente de revisión, en el caso de **solicitudes estándar**. En el caso de las **solicitudes expeditivas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización independiente de revisión responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización independiente de revisión con respecto a las **solicitudes estándar**. En el caso de las **solicitudes expeditivas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización independiente de revisión a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que están de acuerdo con nosotros sobre que si su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización independiente de revisión le enviará una carta:
 - Explicándole la decisión.
 - Informándole sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cubrir un determinado mínimo. El aviso escrito que recibirá de la organización independiente de revisión le indicará la suma en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 se explican los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos de Medicaid, envíenosla. **No pague la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema. Si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las normas para obtener el servicio o artículo.

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

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

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, generalmente le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en el plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario, después de haber recibido su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la determinación de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que usted recibió y pago, no podrá solicitar una apelación rápida.

- Si la organización independiente de revisión decidió que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios la incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** A modo de simplificación, generalmente nos referimos a *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una determinación de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una determinación de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

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

- Pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar que retiremos una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar que le permitamos pagar un monto de costos compartidos más bajo por un medicamento cubierto en una categoría de costos compartidos más alta. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una determinación de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar un reembolso. Sección 7.4**

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

Esta sección explica cómo solicitar determinaciones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 Solicite una excepción

Término legal:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento de marca no preferido cubierto es una **excepción de categoría**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos de Categoría 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción por el monto de costos compartidos que requerimos que pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto de costos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento.**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría más baja de costo**

compartido. Todos los medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos” se incluyen en una de las cinco categorías de costos compartidos. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

- Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) en una categoría de costo compartido menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al/a los medicamento(s) alternativo(s).
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar su cobertura con un costo compartido menor. Este sería la categoría más baja que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costos compartidos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
- Usted no puede solicitarnos que modifiquemos la categoría de costos compartidos de un medicamento ubicado en la Categoría 5 (Medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de una categoría de costos compartidos más baja con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 7.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones**Su médico debe especificar las razones médicas**

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

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos

alternativos. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, por lo general, no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en las categorías más bajas de costo compartido funcione igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa o cualquier otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una determinación de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura expeditiva**.

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

Las **determinaciones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** de haber recibido la declaración de su médico. Las **determinaciones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una determinación de cobertura rápida. Para obtener una determinación de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar la determinación de cobertura rápida de un reintegro por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una determinación de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una determinación de cobertura rápida.**
- **Si solicita una determinación de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le**

demos una determinación de cobertura rápida. Si no aprobamos una determinación de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándares.
- Explique si su médico u otro profesional que receta solicita la determinación de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos la determinación de cobertura.
- Explique cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una determinación de cobertura estándar en lugar de la determinación de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de la recepción.

Paso 2: Solicite una determinación de cobertura estándar o una determinación de cobertura rápida.

En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para determinaciones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes que se presenten en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Puede acceder a una versión para imprimir del formulario o enviar su solicitud de determinación de cobertura electrónicamente a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en nuestro sitio web <https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html#Pharmacyforms/>. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro profesional que receta nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

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

Plazos para una determinación de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente de revisión la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a lo que solicitó,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una determinación de cobertura estándar sobre un medicamento que todavía no recibió

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente de revisión la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a lo que solicitó,** debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una determinación de cobertura estándar acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en el plazo **de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente de revisión la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o para todo lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

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

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

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal:

Una apelación al plan sobre una determinación de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una redeterminación del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación expeditiva**.

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

Una apelación estándar generalmente se presenta en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una determinación de cobertura rápida detallados en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 844-786-6762.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de solicitud para la redeterminación de cobertura de modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com/. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su queja para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **También puede enviar una solicitud de apelación de forma electrónica a través de nuestro sitio web seguro.** Solo tiene que ingresar en www.carefirst.com/mddsnp hacer clic en “For Members” (Para miembros) en la parte superior de la página. A continuación, haga clic en “Pharmacy Forms” (formularios de farmacia) a la izquierda de la página. Verá “Request for a Redetermination of a Denial of Prescription Drug Coverage (Appeal for Prescription Drug Services) – Online” (Solicitud de redeterminación de la denegación de cobertura de un medicamento recetado [Apelación para servicios de medicamentos recetados en línea]), en la página. Solo haga clic en el enlace y lo llevará a nuestro sitio seguro para enviar la apelación.

- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos en respuesta a su solicitud de determinación de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias y el envío de esta información a usted.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que acordado dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa respecto a una parte o a todo lo que solicitará,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que todavía no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente de revisión la revise. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitará,** debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa respecto a una parte o a todo lo que solicitará**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Los plazos para una apelación estándar por el pago de un medicamento que ya comprado

- Debemos darle una respuesta en el plazo **de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente de revisión la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o para todo lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es negativa, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización independiente de revisión es la **Independent Review Entity**. A veces se le denomina **IRE**.

La **organización independiente de revisión 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 debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización independiente de revisión y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización independiente de revisión. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización independiente de revisión.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad independiente de revisión.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a la organización independiente de revisión. Esta información se denomina **expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización independiente de revisión para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización independiente de revisión revisa su apelación.

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización independiente de revisión una apelación rápida.
- Si la organización independiente de revisión decide otorgarle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización independiente de revisión deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibida su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización independiente de revisión debe darle una respuesta a la apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir la solicitud.

Paso 3: La organización independiente de revisión le informa su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

Si la respuesta de la organización independiente de revisión es afirmativa para una parte o toda su solicitud, debemos proveer la **cobertura de medicamentos** aprobada por la organización independiente de revisión **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización independiente de revisión.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la respuesta de la organización independiente de revisión es afirmativa para una parte o toda su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización independiente de revisión en un **plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización independiente de revisión aprueba una parte o toda su solicitud de un reintegro** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión.

¿Qué sucede si la organización independiente de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización independiente de revisión rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se conoce como **rechazar su apelación**). En este caso, la organización independiente de revisión le enviará una carta:

- Explicándole la decisión.
- Le informa de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelaciones).
- Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 se explican los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que reciba el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de haber ingresado en el hospital, se le entregará un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare de parte de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe un aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y realice preguntas si no lo entiende. El aviso le indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se atrase la fecha de su alta, de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo.

2. Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.

- A usted o a la persona que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso.
- Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. El aviso no proporciona la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Conserve una copia del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso con más de 2 días calendario de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, utilice el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar 711). O comuníquese con su State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a State Health Insurance Assistance Program al 410-767-1100 o 800-243-3425. En la Sección 3 del Capítulo 2 está disponible la información de contacto del SHIP.

Durante una apelación de Nivel 1, la Quality Improvement Organization revisa su apelación.

Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso. La **Quality Improvement Organization** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Quality Improvement Organization de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Quality Improvement Organization de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Quality Improvement Organization *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha planificada para el alta *sin pagar nada* mientras espera obtener la decisión de la Quality Improvement Organization.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Quality Improvement Organization se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después que nos contacten les daremos un **aviso detallado del alta**. Este aviso indica la fecha de alta prevista y explica detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.
- Usted puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Quality Improvement Organization realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Quality Improvement Organization (los revisores) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información provista por nosotros y el hospital.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen que planea apelar, usted recibirá un aviso por escrito de nosotros con su fecha de alta planificada. En este aviso también se explican detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Quality Improvement Organization le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización independiente de revisión es afirmativa, **debemos continuar brindando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios**.

- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización independiente de revisión es *negativa*, significa que su fecha programada para el alta es médicamente correcta. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** el mediodía del día *después* de que la Quality Improvement Organization le informe la respuesta de su apelación.
- Si la organización independiente de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Quality Improvement Organization le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Quality Improvement Organization fue *negativa* a su apelación y usted continúa hospitalizado después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Quality Improvement Organization analizar nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Quality Improvement Organization y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión en el **plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Quality Improvement Organization respondió no a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Quality Improvement Organization hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización independiente de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Quality Improvement Organization rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización independiente de revisión es negativa:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, debe decidir si continúa con su apelación en el Nivel 3.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelaciones). Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria)** cubiertos, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los 3 tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le explica cómo debe proceder para solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra determinación de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** por lo menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. A usted o a la persona que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso por escrito para indicar que lo recibió.** Si firma el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo *no* significa que esté de acuerdo** con nuestro plan para suspender su atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar 711). O comuníquese con su State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a State Health Insurance Assistance Program al 410-767-1100 o 800-243-3425. En la Sección 3 del Capítulo 2 está disponible la información de contacto del SHIP.

Durante una apelación de Nivel 1, la Quality Improvement Organization revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Quality Improvement Organization** es un grupo de médicos y otros expertos en la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas cubiertas por Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Quality Improvement Organization y solicite una apelación rápida. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Quality Improvement Organization de su estado, consulte el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para iniciar su apelación, usted debe comunicarse con la Quality Improvement Organization a más tardar **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con este plazo, y desea presentar una apelación, aún tiene los derechos para apelar. Comuníquese con la Quality Improvement Organization utilizando la información de contacto en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Quality Improvement Organization de su estado están en el Capítulo 2.

Paso 2: La Quality Improvement Organization realiza una revisión independiente de su caso.**Término legal:**

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Quality Improvement Organization (los revisores) le consultarán a usted o a su representante las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- La organización independiente de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le entrega.
- Al final del día los revisores nos comunican su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* en la cual le explicaremos en forma detallada nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán la decisión.**¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es afirmativa?**

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos continuar brindando los servicios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

- Si la respuesta de los revisores es *negativa*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Quality Improvement Organization que revise nuevamente la decisión que tomaron respecto de la primera apelación. Si la Quality Improvement Organization rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Quality Improvement Organization y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión en el **plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Quality Improvement Organization respondió *no* a su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la cobertura para la atención finalizó.

Paso 2: La Quality Improvement Organization hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización independiente de revisión aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaba su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización independiente de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:

Un **Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador** que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de nivel 4.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja(determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4:

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

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5:

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *se acepta o no* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual presentó la apelación cumple con un determinado monto en dólares, usted podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:

Un **Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador** que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador dentro de un período de **72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días corridos** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4:

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5:

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso para presentar quejas *solo* se utiliza para determinados problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa?• ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros?• ¿Siente que le han insinuado que debe dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los siguientes son algunos ejemplos: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala exámenes médicos o esperar demasiado para adquirir un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Fallamos en proporcionarle un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las determinaciones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si solicitó una determinación de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una determinación de <i>cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le contestamos de forma negativa; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos de las determinaciones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos, artículos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización independiente de revisión; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Término legal:

Una **queja** también se denomina **queja formal**.

Término legal:

Presentar una queja también se llama **presentar una queja formal**.

Utilizar el proceso para quejas también se llama **utilizar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** también se llama **queja formal expeditiva**.

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, lo primero que debe hacer es llamar a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que debe hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Para utilizar nuestro proceso de quejas, debe llamarnos o enviarnos su queja por escrito utilizando uno de los métodos de contacto descritos en el Capítulo 2.
 - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluidos los documentos de respaldo que considere apropiados. Debemos recibir su queja en el plazo de los 60 días calendario del evento o incidente que hizo que usted presentara su queja.
 - Un miembro de nuestro equipo de Apelaciones y Quejas investigará el problema. Si presenta su queja de manera verbal, le informaremos el resultado de nuestra revisión y nuestra decisión verbalmente o por escrito. Si presenta una queja verbal y solicita que su respuesta sea por escrito, se la responderemos por escrito. Si nos envía una queja por escrito, le enviaremos una respuesta por escrito en la que se indique el resultado de nuestra revisión. Nuestro aviso incluirá una descripción de nuestra comprensión de su queja y nuestra decisión en términos claros.
- Debemos tratar su queja lo más rápido posible según su caso según lo requiera su salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo en hasta 14 días calendario si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para favorecerlo.
- También tiene el derecho de pedir una queja rápida “acelerada”. Una queja rápida “acelerada” es un tipo de queja que debe resolverse dentro de las 24 horas posteriores al momento en que se nos comunique. Usted tiene derecho a solicitar una queja rápida “acelerada” si no está de acuerdo con lo siguiente:
 - La extensión que toma nuestro plan de 14 días calendario para tomar una determinación de la organización/cobertura o reconsideración/redeterminación (apelación).
 - Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación de la organización o una reconsideración (apelación) de los servicios de salud.
 - Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación de cobertura o redeterminación (apelación) para medicamentos recetados de la Parte D.

El proceso rápido de quejas “aceleradas” es el siguiente:

- Usted o un representante autorizado puede llamar, enviar un fax o enviar su queja por correo y mencionar que desea el proceso rápido de quejas o quejas aceleradas. Llame al número de teléfono, fax o escriba su queja y envíela a la dirección indicada en el Capítulo 2. La forma más rápida de presentar una queja rápida es por teléfono o fax. La forma más rápida de presentar una queja es por teléfono. Cuando recibamos su queja, investigaremos de inmediato el problema que haya identificado. Si aceptamos que su queja cumple con los criterios para una queja rápida, cancelaremos la extensión de 14 días calendario o aceleraremos la determinación o apelación como solicitó originalmente. Si su solicitud no cumple con los criterios, convertiremos su solicitud en una queja estándar y le proporcionaremos nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud inicial.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

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

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud para una determinación de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le aprobaremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Quality Improvement Organization.** La Quality Improvement Organization es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

- **Puede presentar su queja ante la Quality Improvement Organization y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo abordar los problemas relacionados con los beneficios de Medicaid

Tenga en cuenta que la mayoría de sus beneficios deben estar cubiertos por su plan de beneficios de Medicare. Si existen beneficios que no están cubiertos por su plan de beneficios de Medicare, es posible que aún tenga acceso a dichos beneficios a través de su cobertura de Medicaid del estado de Maryland. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid o desea presentar una queja sobre los servicios cubiertos por Medicaid, comuníquese con el Maryland Department of Health al 1-877-463-3464. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

CAPÍTULO 10:

Finalización de membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Usted podría dejar nuestro plan porque decidió que *desea* retirarse. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige que terminemos su membresía. En la Sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionando la atención médica y los medicamentos recetados, y usted deberá seguir pagando el costo compartido hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, usted puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción y recibe “Ayuda Adicional” [Extra Help], Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a su State Medicaid Office al 410-767-6500 o 877-463-3464 para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid.

CAPÍTULO 10: Finalización de membresía en nuestro plan

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción abierta

Usted puede poner fin a su membresía durante el **Período de inscripción abierta** todos los años. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- El **Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Sección 2.3 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

CAPÍTULO 10: Finalización de membresía en nuestro plan

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos separado de Medicare en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes después de la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede poner fin a su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, es posible que reúna los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial en caso de que se produzca alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visite www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene asistencia médica de Maryland (Medicaid).
- Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Nota: si participa en un programa de administración de medicamentos, solo puede ser elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. En el Capítulo 5, , Sección 10, se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: en la Sección 2.1, le brindan más información acerca del Período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para poner fin a su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de la cobertura de medicamentos: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de su solicitud para cambiar de plan.

Nota: las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información acerca del Período de inscripción especial para personas con Medicaid y “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Sección 2.5 Obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711).**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo puede ponerle fin a su membresía en nuestro plan

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribáse en el nuevo plan de salud de Medicare.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	<ul style="list-style-type: none"> Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para anular su inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Se anulará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Maryland Medical Assistance, comuníquese con Maryland Medical Assistance al 410-767-6500 o 877-463-3464 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-735-2258) de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.. La ayuda está disponible en su idioma y estos servicios están disponibles de forma gratuita. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Maryland Medical Assistance.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos a través de nuestro plan

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

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando las farmacias de la red o de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si usted está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe finalizar nuestra membresía al plan en ciertas situaciones

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime debe finalizar su membresía en el plan si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Part A y Part B
- Si ya no es elegible para tener Medicaid. Como se establece en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a personas que reúnan los requisitos para tener Medicare y Medicaid. Nuestro plan seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de hasta dos (2) meses si pierde la elegibilidad de Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de que sepamos que perdió la elegibilidad y se lo comunicaremos. Si al final del período de gracia de dos (2) meses no vuelve a adquirir el estado de Full Benefit Dual Eligible (FBDE) o el estado de Qualified Medicare Beneficiary (QMB) con la asistencia médica de Maryland (Medicaid) y no se ha inscrito en un plan diferente, anularemos su inscripción a nuestro plan y quedará inscrito en Medicare Original.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos que pueda tener.

CAPÍTULO 10: Finalización de membresía en nuestro plan

- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no tiene autorización para pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de cobertura es el Título XVIII de la ley del seguro social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos Federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Office for Civil Rights** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Office for Civil Rights de su localidad. También puede revisar la información de la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si desea presentar una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de CMS en el Título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de los CMS en los subapartados B a D del apartado 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime tiene derechos de subrogación y reembolso. La subrogación requiere que usted le ceda a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime todo derecho que pueda tener contra un tercero. Un tercero es cualquier persona, corporación, compañía aseguradora u otra entidad que pueda ser responsable ante usted por una lesión o enfermedad. Este derecho se aplica a la cantidad de beneficios pagados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime por lesiones o enfermedades donde un tercero podría ser responsable. Al plan se le otorgan los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el Programa Medicare en virtud de las normas del Pagador secundario de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime puede usar cualquier derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare en función del Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), Sección 1395mm(e)(4); Título 42 del U.S.C., Sección 1395w-22(a)(4); Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), Parte 411 y Título 42 del C.F.R., Parte 422.

Recuperación significa tener éxito en una demanda, para cobrar u obtener una cantidad; obtener una sentencia favorable o definitiva; obtener una cantidad de cualquier manera legal; un monto finalmente cobrado o el monto de la sentencia como resultado de una acción entablada contra un tercero o que implique reclamaciones de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente. Una recuperación no incluye los pagos que se le realizan a usted en virtud de una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime no recuperará gastos médicos de su parte, a menos que usted recupere gastos médicos en causa de acción.

- A.** Debe notificar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime tan pronto como sea razonablemente posible que es posible que un tercero sea responsable de las lesiones o enfermedades para las que se proporcionan o pagan los beneficios.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

- B.** En la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime será subrogado y adquirirá cualquier derecho de recuperación que usted pueda tener contra cualquier persona u organización.
- C.** Usted deberá pagar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime el monto recuperado por demanda, liquidación u otro modo de cualquier compañía aseguradora de un tercero, cualquier cobertura de conductor no asegurado o con un seguro insuficiente, o según lo permita la ley, en la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción.
- D.** Usted debe proporcionar información y asistencia, y firmar los documentos que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime pueda requerir para facilitar el cumplimiento de estos derechos. Usted no realizará ningún tipo de acción que perjudique los derechos e intereses de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- E.** En una reclamación de subrogación que surja de una reclamación de lesión personal, el monto recuperado por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime puede reducirse de la siguiente manera:
 - 1.** Dividiendo el monto total de la recuperación por lesiones personales entre el monto total de los honorarios de los abogados en los que incurre la persona lesionada por los servicios prestados en relación con la reclamación de la persona lesionada; y
 - 2.** Multiplicando el resultado por la cantidad de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Este porcentaje no puede exceder un tercio ($1/3$) de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- F.** Mediante solicitud por escrito por parte de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, usted o su abogado que exige una reducción de la reclamación de subrogación entregará a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime su certificación en la que se indica el monto de los honorarios incurridos del abogado.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor al costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones de saldo** o que de otro modo le cobren más del monto de costos compartidos que debe pagar según se establece en su plan.

Período de beneficio: es la forma que utiliza nuestro plan y Medicare Original para medir su uso de los servicios que recibe en un hospital y un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de haber finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos medicamentos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Medicamento biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica

CAPÍTULO 12: Definiciones

del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Plan Chronic-Care Special Needs (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso para presentar quejas *solo* se utiliza para determinados problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye las quejas que realice si nuestro plan no cumple con los tiempos designados en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una visita en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Esto se agrega a la prima mensual de nuestro plan. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que el plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos.

Categoría de costos compartidos: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las cinco categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costos compartidos, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión de nuestro plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado

CAPÍTULO 12: Definiciones

no está cubierto por nuestro plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las **determinaciones de cobertura** se denominan determinaciones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: la atención de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionado por personas sin capacitación o habilidades profesionales, incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

Tasa de costos compartidos diaria: una tasa de costos compartidos diaria puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su tasa de costos compartidos diaria es de \$1 por día.

Deducible: la suma que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Darse de baja o Cancelar la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en el plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento recetado.

Planes Dual Eligible Special Needs (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal según Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que cumple los requisitos para obtener la cobertura de Medicare y Medicaid.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: se refiere a los servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que chequeo no incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en una categoría de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan exige que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted quiere que no apliquemos los criterios de restricción, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

“Ayuda Adicional” (Extra Help): un programa de Medicare destinado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca, aunque su costo a menudo es menor.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas por la calidad de atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que provee servicios que no requieren las destrezas de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

CAPÍTULO 12: Definiciones

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan le proporciona una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalizaciones: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a una suma determinada, pagará la suma prima estándar y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, también conocida como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapas de Cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año alcancen el monto límite de bolsillo.

Período inicial de inscripción: es el período en que puede inscribirse en Medicare Part A y Part B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP integrado: un plan D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para obtener beneficios completos.

Plan Institutional Special Needs (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP) SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Institutional Equivalent Special Needs (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Medicamento biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Manufacturer Discount Program: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de gastos de bolsillo: monto máximo que puede pagar de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que paga por las primas de Medicare Part A y Part B y los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Además de los montos máximos de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios. Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (**Nota:** debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario del American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: período desde 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Part C, un plan ofrecido por una compañía privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Part A y Part B. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Private Fee-for-Service (PFFS) o un iv) un Plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan Special Needs (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan Medicare Cost: el plan Medicare Cost es un plan operado por Health Maintenance Organization (HMO) o un Competitive Medical Plan (CMP) conforme a un contrato de reembolso de costos, según la sección 1876(h) de la Ley.

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

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes Medicare Cost, los Planes Special Needs, los Programas de demostración/piloto y los Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): seguro de asistencia económica para pagar medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza de Medigap (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o miembro del plan): es un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los

CAPÍTULO 12: Definiciones

casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras instalaciones de atención médica que están autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

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

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se lo llama producto de referencia.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes de Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están contratados por nuestro plan, ni son de su propiedad ni están gestionados por él.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de costos compartidos por el cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Plan PACE: un Plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina de atención médica, social y a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: del Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D o no. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto que se agrega a la prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que cumple por primera vez con los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos protésicos y ortóticos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Quality Improvement Organization (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo específico.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del inscrito y de los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: entre estos servicios se incluyen la rehabilitación de pacientes hospitalizados, la fisioterapia (ambulatoria), la terapia del habla y del lenguaje, y la terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Plan Special Needs: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los que viven en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos que tienen discapacidades, ceguera o son mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado

CAPÍTULO 12: Definiciones

su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) que no se consideran requeridas de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
Llame	410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este) Los Servicios para Miembros 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este)
Número de fax	844-961-0696
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Services Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirstmddsnp.com/

State Health Insurance Assistance Program (Maryland SHIP)

State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame	410-767-1100 o 800-243-3425
TTY	711
Escriba	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 36 S Charles Street, 12th Floor Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

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