2025

READY TO HELP

BCN Advantage℠ HMO-POS
Elements

Evidencia de cobertura

Sus servicios y beneficios médicos de Medicare como miembro de BCN Advantage Elements (HMO-POS)

Este documento le brinda los detalles de su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame al servicio de atención al cliente al 1-800-450-3680. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) con horarios de fin de semana de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo). Esta llamada es gratuita.

A este plan, BCN Advantage, lo ofrece Blue Care Network of Michigan. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Blue Care Network of Michigan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BCN Advantage).

Esta información está disponible en otros formatos, entre ellos, letra grande, CD o audios.

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

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Le avisaremos cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados por los cambios con al menos 30 días de antelación.

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

- la prima y el costo compartido de su plan;
- sus beneficios médicos;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o con el trato;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones que exige la ley de Medicare.

H5883_25EOCEl_C NM 08302024
Aprobación de OMB 0938-1051 (vence el 31 de agosto de 2026)

BCN Advantage℠ HMO-POS

Medicare and more

Blue Care Network of Michigan is a nonprofit corporation and independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Blue Care Network es una corporación independiente que opera con licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

La licencia le permite a Blue Care Network usar las marcas de servicios Blue Cross and Blue Shield en Michigan. Blue Care Network no es el representante de la Asociación. Ni la Asociación ni ninguna otra organización que use los nombres de marcas de Blue Cross o Blue Shield actúa como garante de las obligaciones de Blue Care Network.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-450-3680. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-450-3680. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-450-3680。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-450-3680。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-450-3680. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-450-3680. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-450-3680 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-450-3680. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-450-3680 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-450-3680. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-450-3680. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية .

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-450-3680 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-450-3680. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-450-3680. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-450-3680. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-450-3680. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-450-3680 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

La discriminación es ilegal

Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network cumplen con las leyes de derechos civiles federales y no discriminan a ninguna persona sobre la base de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o las afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos de género). Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network tampoco excluyen a personas ni las tratan de forma menos favorable por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.
Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network:

- Proporcionar a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas auxiliares gratuitas apropiadas y servicios para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, entre ellos, los siguientes:
    - intérpretes calificados de lengua de señas;
    - información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrecen servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
    - intérpretes calificados;
    - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares apropiadas y servicios, o servicios de asistencia en su idioma, llame al número de Servicio al Cliente que aparece en la parte posterior de su tarjeta. Si aún no es miembro, llame al 1-877-469-2583 o, si tiene 65 años o más, llame al 1-888-563-3307, TTY: 711.

A continuación se explica cómo puede presentar una queja por violación de derechos civiles:

Si cree que Blue Cross Blue Shield of Michigan o Blue Care Network no le han suministrado estos servicios o han discriminado a una persona por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja de manera presencial, por correo, fax o correo electrónico por los siguientes medios:

Office of Civil Rights Coordinator 600 E. Lafayette Blvd.
MC 1302
Detroit, MI 48226
Teléfono: 1-888-605-6461, TTY: 711
Fax: 1-866-559-0578
Correo electrónico: CivilRights@bcbsm.com

Si necesita ayuda con el proceso para presentar una queja, la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica en el sitio web del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo, teléfono o correo electrónico a:

U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Ave, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, TTD: 1-800-537-7697
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Los formularios de queja están disponibles en el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network: https://www.bcbsm.com/important-information/policies-practices/nondiscrimination-notice/.

Evidencia de cobertura 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *Su inicio como miembro* 4
SECCIÓN 1 Introducción 5
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibe como miembro 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de BCN Advantage Elements 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 10
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizados sus registros de membresía del plan 12
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 13
CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 15
SECCIÓN 1 Contactos de BCN Advantage Elements (cómo contactarse con nosotros, incluso con el servicio de atención al cliente) 16
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Medicare Federal) 19
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 20
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 21
SECCIÓN 5 Seguro Social 22
SECCIÓN 6 Medicaid 23
SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios 23
SECCIÓN 8 ¿Tiene usted un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 24
CAPÍTULO 3: *Uso del plan para sus servicios médicos* 25
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 26
SECCIÓN 2 Atención médica con los proveedores de la red del plan 28
SECCIÓN 3 Cómo recibir los servicios cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante una catástrofe 34
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 36
SECCIÓN 5 ¿De qué manera están cubiertos los servicios médicos al participar en un estudio de investigación clínica? 36
SECCIÓN 6 Normas para la cobertura de la atención en una institución religiosa sanitaria no médica 38
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero 39
CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios medicos (qué está cubierto y qué debe pagar)* 41
SECCIÓN 1 Explicación de los costos a su cargo por los servicios cubiertos 42

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto deberá pagar 44

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 100

CAPÍTULO 5: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos cubiertos* 106

SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 107

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido 108

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no 109

CAPÍTULO 6: *Sus derechos y responsabilidades* 111

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus particularidades culturales como miembro del plan 112

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 123

CAPÍTULO 7: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)* 125

SECCIÓN 1 Introducción 126

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 126

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para solucionar su problema? 127

SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura 128

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 131

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización prolongada si considera que le dan de alta demasiado pronto 139

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto 143

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles siguientes 147

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes 149

CAPÍTULO 8: *Cómo dar de baja su membresía en el plan* 154

SECCIÓN 1 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan? 155

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía en nuestro plan? 155

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan? 157

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, usted deberá seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan 158

SECCIÓN 5 BCN Advantage Elements debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones 158

CAPÍTULO 9: *Avisos legales* 160
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 161
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 161
SECCIÓN 3 Aviso de derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 161
SECCIÓN 4 Aviso adicional de subrogación y recuperación de terceros 162
CAPÍTULO 10: *Definiciones de palabras importantes* 164
ANEXO A *Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos* 175
Anexo A. Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos 176

CAPÍTULO 1:
Su inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en BCN Advantage Elements, un plan de Medicare HMO punto de servicio

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica de Medicare mediante nuestro plan, BCN Advantage Elements. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan es distinto de los de Original Medicare.

BCN Advantage Elements es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de la Organización de Mantenimiento de la Salud) con una opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS) aprobada por Medicare y administrada por una empresa privada. Punto de servicio significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4, si desea más información sobre el uso de la opción de punto de servicio). BCN Advantage Elements no incluye la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

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

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

Este documento, *Evidencia de cobertura,* le explica cómo obtener la atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las expresiones *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a los servicios y a la atención médica que tiene disponibles como miembro de BCN Advantage Elements.

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene disponibles. Lo alentamos a tomarse un tiempo para revisar este documento de Evidencia de cobertura.

Si algo lo confunde o le preocupa, o si simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la cobertura de su atención con BCN Advantage Elements. Otras partes de este contrato abarcan el formulario de inscripción y todos los avisos que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos se denominan en ocasiones *anexos* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los cuales esté inscrito en BCN Advantage Elements entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer modificaciones a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de BCN Advantage Elements luego del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en otra área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan BCN Advantage Elements todos los años. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que optemos por seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Será elegible como miembro de nuestro plan siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- *Y* vive dentro de nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 más adelante describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio aun si se encuentran ubicadas allí físicamente.
- *Y* es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan BCN Advantage Elements

BCN Advantage Elements solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo dentro del área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados en Michigan:

Alcona	Ingham	Muskegon
Allegan	Ionia	Newaygo
Alpena	Iosco	Oakland
Antrim	Isabella	Oceana
Arenac	Jackson	Ogemaw
Barry	Kalamazoo	Osceola
Bay	Kalkaska	Oscoda

Benzie	Kent	Otsego
Berrien	Lake	Ottawa
Branch	Lapeer	Presque Isle
Calhoun	Leelanau	Roscommon
Charlevoix	Lenawee	Saginaw
Cheboygan	Livingston	Sanilac
Clare	Luce	Schoolcraft
Clinton	Mackinac	Shiawassee
Crawford	Macomb	St. Clair
Eaton	Manistee	St. Joseph
Emmet	Mason	Tuscola
Genesee	Mecosta	Van Buren
Gladwin	Midland	Washtenaw
Grand Traverse	Missaukee	Wayne
Gratiot	Monroe	Wexford
Hillsdale	Montcalm	
Huron	Montmorency	

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si tiene un plan en la nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Residencia legal o ciudadanía estadounidense

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BCN Advantage Elements si usted no es elegible para seguir siendo

miembro por este motivo. BCN Advantage Elements debe dar de baja su membresía si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibe como miembro

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que obtenga los servicios cubiertos por este plan. Si corresponde, también debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Esta es una tarjeta de membresía de muestra para que vea cómo será la suya:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de BCN Advantage Elements, es posible que usted deba pagar la totalidad de los costos de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación (también conocidos como ensayos clínicos) aprobados por Medicare.

Si se daña o se pierde su tarjeta de membresía del plan, o si se la roban, llame de inmediato al Servicio de Atención al Cliente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores, incluidos los proveedores de equipos médicos duraderos, que se encuentran actualmente dentro de nuestra red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe usar los proveedores de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en

situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en los que BCN Advantage Elements autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si necesita recibir atención cuando está viajando fuera de Michigan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios, puede tener acceso al beneficio del tipo "Punto de servicio" (POS) que se ofrece a través de la red nacional de Blue Plan Providers mediante Blue Cross and Blue Shield Association. Los miembros de BCN Advantage Elements que viajen fuera de los Estados Unidos y sus territorios pueden recibir atención de emergencia o de urgencia mediante Blue Cross Blue Shield Global Core™. Puede visitar **www.bcbsglobalcore.com** para encontrar médicos y hospitales que participen con Blue Cross. Los servicios, entre ellos los servicios de diálisis, en los territorios estadounidenses solo están cubiertos si se atiende con un proveedor aprobado por Medicare. Los EE. UU. incluyen el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

La lista más reciente de los proveedores está en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/ providersmedicare**.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Servicio de Atención al Cliente. Los pedidos de copias impresas del *Directorio de proveedores* se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de BCN Advantage Elements

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- la prima del plan (Sección 4.1),
- la prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2),
- la prima por beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3).

Las primas de Medicare Parte B son distintas para personas con diferentes ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre estas primas, consulte su ejemplar del manual *Medicare y usted 2025*, en la sección titulada *Costos de Medicare de 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (**www.medicare.gov/medicare-and-you**). O bien, puede pedir un ejemplar impreso por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para BCN Advantage Elements.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Mientras esté inscrito en Elements, reduciremos su prima de la Parte B de Medicare en $20. Puede recibir esta reducción de dos maneras: 1) Si paga su prima de la Parte B a través del Seguro Social, el monto se acreditará mensualmente en su cheque del Seguro Social; o 2) Si no

paga su prima de la Parte B a través del Seguro Social, pagará un monto reducido directamente a Medicare.

Es posible que la Administración del Seguro Social tarde varios meses en completar el procesamiento. Esto significa que puede que no vea el crédito en su cheque del Seguro Social durante varios meses después de la fecha de vigencia de este plan. Cualquier crédito no recibido se agregará a su próximo cheque del Seguro Social o se reflejará como una cantidad reducida que debe a Medicare una vez que se complete el procesamiento. No recibirá la reducción de su prima de la Parte B directamente de su proveedor del plan Medicare Advantage.

Tenga en cuenta que, si se da de baja de este plan, la reducción de la prima de la Parte B de Medicare finalizará en la fecha de su baja. Como se mencionó anteriormente, es posible que la Administración del Seguro Social tarde varios meses en completar el procesamiento. Cualquier crédito de prima que reciba después de su baja se deducirá eventualmente de su cheque del Seguro Social.

Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. Es posible que también incluya una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima por beneficios complementarios opcionales

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, entonces pagará una prima adicional todos los meses por estos beneficios adicionales. Para más detalles, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2. El monto de la prima para los beneficios complementarios opcionales es de $20.50 por mes.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Puede pagar la prima del plan de varias maneras

Hay cuatro maneras de pagar la prima del plan.

Opción 1: pagar con cheque

Puede optar por pagar la prima mensual del plan o la multa por inscripción tardía directamente a nuestro plan. Le enviaremos una factura todos los meses. Envíe su cheque, cheque de caja o giro postal por correo **a nombre de Blue Care Network** de modo que nos llegue el primer día de cada mes. No deben hacerse los cheques a nombre de CMS o HHS. No aceptamos pagos en efectivo por correo. Incluya su pago y el vale que está en la parte inferior de la factura en el sobre de retorno y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Blue Care Network
P.O. Box 33608
Detroit, MI 48232-5608

Opción 2: Puede pagar en línea desde su cuenta corriente o de ahorros, o a través de su tarjeta de crédito o tarjeta de débito

Puede pagar la prima mensual del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D con eBilling, una opción de pago en línea segura y sencilla. Con eBilling puede:

- Pagar las facturas en línea en cualquier momento, a través de nuestro seguro portal web.
- Establecer pagos automáticos por única vez o recurrentes desde su cuenta bancaria.
- Hacer pagos mensuales con tarjeta de crédito o débito recurrentes o por única vez.
- Recibir un aviso por correo electrónico cuando haya una nueva factura disponible.
- Ver su historial de pagos.

Una vez que se inscriba en eBilling, le enviaremos las facturas por correo electrónico y ya no recibirá los resúmenes de pago en papel por correo postal. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de BCN Advantage en línea, visite **www.bcbsm.com/ebilling**. O puede empezar accediendo a su cuenta en **www.bcbsm.com**. Podrá ver *Pay My Premium* (Pagar la prima) en la columna de la derecha. Haga clic en el enlace y siga las instrucciones para comenzar.

En el caso de los pagos por única vez, espere entre dos y tres días hábiles para que se procesen. Las extracciones automáticas se pueden establecer hasta las 5 p. m. hora del este del quinto día del mes por el importe total debido.

También puede cancelar el pago en línea de las facturas. Para eso, siga los pasos que se indican en el sitio. No hay tarifas adicionales independientemente del método de pago.

Opción 3: Puede pagar por teléfono

Puede hacer pagos mensuales por única vez llamando al número de Servicio de Atención al Cliente que está en la contraportada de este documento.

Deberá ingresar:

- Su número de grupo de 8 dígitos y su identificación de afiliado de 9 dígitos. Ambos se encuentran en su tarjeta de membresía seguidos del signo #.
- La información de su tarjeta de crédito o débito y el código postal de facturación. O
- La información de su caja de ahorros o cuenta corriente (necesitará el número de ruta bancaria y el número de cuenta).

Los pagos con tarjeta de crédito que se realizan por teléfono se procesan el siguiente día hábil. Espere entre uno o dos días hábiles para que se procesen los pagos de cuentas bancarias.

Opción 4: hacer que se descuente la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que se reste la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Para nosotros será un placer ayudarlo a configurarlo.

Cómo cambiar la manera en que paga la prima del plan.

Si decide modificar la opción que usa para pagar la prima, pueden pasar hasta tres meses para que el nuevo método de pago entre en vigor. Mientras estemos procesando su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente a fin de seleccionar o modificar su método preferido de pago.

Qué hacer si tiene algún problema para pagar la prima del plan

La prima del plan se deberá pagar en nuestra oficina antes del 1 de cada mes. Si no recibimos la prima antes del 6 de cada mes, le enviaremos un aviso para indicarle que la membresía del plan finalizará si no recibimos su pago de la prima en su totalidad en un plazo de 3 meses calendario.

Si tiene algún problema para pagar la prima a tiempo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para ver si podemos dirigirlo a algún programa que lo ayude con los costos.

Si damos de baja su membresía porque no pagó la prima, tendrá la cobertura de salud de Original Medicare. En el momento en que damos de baja su membresía, todavía nos deberá las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago adeudado.

Si considera que dimos de baja su membresía por error, puede presentar una queja (también denominada queja formal); consulte el Capítulo 7 que trata cómo presentar una queja. Si vivió una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. En el Capítulo 7, Sección 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-450-3680 de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este, de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud no más de 60 días calendario después de la fecha de baja de su membresía.

Sección 5.2 ¿Se puede cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por una prima mensual del plan en el transcurso del año. Si la prima mensual del plan cambiara el año siguiente, le informaremos en septiembre, y el cambio tendrá efecto el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizados sus registros de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información obtenida de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son los montos de costos compartidos que le**

corresponden. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada. Una red es un grupo de proveedores o farmacias que tienen un contrato o acuerdo con nuestra organización para ofrecer el paquete de beneficios aprobado por los CMS.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, de indemnización de trabajadores o de Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable asignada (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de contarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, comuníquelos llamando al Servicio de Atención al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre usted acerca de otras coberturas de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Se lo conoce como **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Repase esta información en detalle. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame al Servicio de Atención al Cliente. Es posible que deba dar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) de modo que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, una cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de esa cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado pagador secundario, solo paga si hay costos no

cubiertos por el pagador primario. El pagador secundario podría no pagar la totalidad de los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, al hospital y a la farmacia.

Las siguientes normas aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o un sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar suyo, quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
    - Si tiene menos de 65 años y tiene alguna discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o su pareja de hecho aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero los primeros 30 meses una vez que sea elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con el tipo correspondiente:

- Seguro de responsabilidad pública (incluido el seguro automotor),
- Seguro de responsabilidad civil (incluido el seguro automotor),
- Beneficios por pulmón negro,
- Indemnización de trabajadores.

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de BCN Advantage Elements (cómo contactarse con nosotros, incluso con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo contactarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o tiene dudas sobre la tarjeta de identificación de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de BCN Advantage Elements. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	1-866-364-0080
ESCRIBA A	**BCN Advantage Elements** Mail Code A02B P.O. Box 441936 Detroit, MI 48244
SITIO WEB	**www.bcbsm.com/medicare**

Cómo contactarse con nosotros cuando necesita solicitar una decisión de cobertura o una apelación relacionadas con su atención médica

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
ESCRIBA A	**Blue Care Network Utilization Management** Mail Code 0520 600 E. Lafayette Blvd. Detroit, MI 48226-2998
SITIO WEB	**www.bcbsm.com/complaintsmedicare**

Método	Apelaciones relacionadas con la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	1-866-522-7345
ESCRIBA A	**BCN Advantage Appeals & Grievance Unit** Mail Code A01C P.O. Box 44200 Detroit, MI 48244-0191
SITIO WEB	**www.bcbsm.com/complaintsmedicare**

Cómo contactarse con nosotros cuando necesita presentar una queja en relación con su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red; eso incluye quejas relacionadas con la calidad de la atención recibida. Este tipo de quejas no tiene que ver con las disputas de cobertura ni de pagos. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja en relación con su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas respecto de la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	1-866-522-7345
ESCRIBA A	**BCN Advantage Appeals & Grievance Unit** Mail Code A01C P.O. Box 44200 Detroit, MI 48244-0191
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre BCN Advantage Elements directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Dónde enviar una solicitud de pago de la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que usted haya recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos que le demos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
ESCRIBA A	**BCN Advantage** Blue Care Network P.O. Box 68753 Grand Rapids, MI 49516-8753
SITIO WEB	**www.bcbsm.com/content/dam/ microsites/medicare/documents/bcna-member-claim-reimbursement- form.pdf**

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal que tiene a su cargo Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamados CMS). Esta agencia establece contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	**www.Medicare.gov** Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y sus temas de actualidad. También contiene información

sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

En el sitio web de Medicare también encontrará información detallada acerca de su elegibilidad y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Ofrece información sobre la situación de elegibilidad para Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) dentro de su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que podrían ser los costos a su cargo en diferentes planes de Medicare.

También puede usar el sitio web para comunicar a Medicare cualquier queja que usted tenga en relación con BCN Advantage Elements:

- **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre BCN Advantage Elements directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Medicare tomará sus quejas con seriedad y utilizará esa información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si no tiene una computadora, quizá pueda ingresar a este sitio web usando la computadora de la biblioteca o del centro para personas mayores de su localidad. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Michigan, el SHIP recibe el nombre de Programa de ayuda para Medicare de Michigan.

El Programa de ayuda para Medicare de Michigan es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna empresa de seguro ni plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de ayuda para Medicare de Michigan pueden ayudarlo a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas relacionadas con la atención médica o el tratamiento que haya recibido y a resolver problemas que tenga con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarlo con las dudas o los problemas que tenga relacionados con Medicare y explicarle cuáles son sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y a OTROS RECURSOS:

- Visite **www.shiphelp.org** (haga clic en SHIP LOCATOR a mitad de página)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	**Programa de ayuda para Medicare de Michigan: información de contacto**
LLAME AL	1-800-803-7174
TTY	711
ESCRIBA A	Michigan Medicare Assistance Program 6105 West St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB	**www.mmapinc.org**

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada en cada estado para atender a los beneficiarios de Medicare. En el caso de Michigan, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare y ayudar a mejorarla. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Tiene una queja en relación con la calidad de la atención que recibió.
- Cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, de su atención en un centro de enfermería especializada o los servicios que le presta un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado rápido.

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de Michigan): información de contacto
LLAME AL	1-888-524-9900 Lunes a viernes: de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local) Sábados y domingos: de 11 a. m. a 3 p. m. (hora local)
TTY	711 Lunes a viernes: de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local) Sábados y domingos: de 11 a. m. a 4 p. m. (hora local) Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	**www.livantaqio.com**

SECCIÓN 5 Seguro Social

Es responsabilidad del Seguro Social determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción para Medicare. Son elegibles para Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años en adelante, o que tengan una discapacidad o sufran enfermedad renal terminal y reúnan ciertos requisitos. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar o concurrir a la oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que lo notifique al Seguro Social.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Para obtener información grabada y realizar algunos trámites, puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.

SITIO WEB	**www.ssa.gov**

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos escasos a pagar los costos médicos. Algunas de las personas que tienen Medicare también son elegibles para obtener la ayuda de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

Beneficiario calificado de Medicare (QMB): Este programa ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas de las personas que tienen QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB): Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas de las personas que tienen SLMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

Persona que califica (QI): Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Trabajadores discapacitados calificados (QDWI): Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Salud y Servicios Humanos.

Método	**Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Salud y Servicios Humanos: información de contacto**
LLAME AL	1-800-642-3195 De lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m., hora del este
ESCRIBA A	Michigan Department of Health and Human Services 33 S. Grand Ave P.O. Box 30195 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	**www.michigan.gov/mdhhs**

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios

La Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, es importante que les avise si se muda o cambia su

dirección de correo. Si tiene preguntas sobre los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “4", podrá hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:00 p. m., de lunes, a viernes. Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	**rrb.gov/**

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

Si, como parte de este plan, usted (o su cónyuge o su pareja de hecho) reciben beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o su pareja de hecho) y tiene alguna duda, puede llamar al administrador de los beneficios del empleador/sindicato o a Servicio de Atención al Cliente. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción que le ofrece su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o su pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para preguntar acerca de la cobertura de Medicare bajo este plan.

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

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

En este capítulo se explica lo que debe saber sobre el uso del plan para recibir cobertura de la atención médica. Se incluyen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos, servicios y equipos médicos, los medicamentos recetados de la Parte B y otra clase de atención médica cubierta por el plan.

Para conocer los detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto pagará al recibir esta atención, consulte la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [qué está cubierto y qué debe pagar*]).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. Este término también incluye a los 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 acordaron con nosotros aceptar nuestro pago y el costo compartido del miembro como el pago total. Hemos hecho los arreglos para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solamente su parte del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen todos los servicios, la atención, los suministros y los equipos médicos que están cubiertos por nuestro plan. En la tabla de beneficios del Capítulo 4, se muestran los servicios cubiertos de atención médica.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la cobertura de la atención médica del plan

Como plan de salud de Medicare, BCN Advantage Elements debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y respetar todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

BCN Advantage Elements, en general, cubrirá su atención médica siempre que se cumplan estas condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesaria significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados en la práctica médica.

- **Tiene un médico de atención primaria (PCP) de la red que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por anticipado para que usted pueda atenderse con otros proveedores de la red del plan, por ejemplo, especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. Esto se llama darle una derivación. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No se requiere la derivación del PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Además, hay algunos otros tipos de servicios que puede recibir sin la aprobación por anticipado del PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
    - El plan cubre servicios de emergencia o urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y conocer el significado de los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si usted necesita servicios de atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que la proporcionen, puede recibirlos de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red. Debe obtenerse la autorización del plan antes de solicitar atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. El costo compartido que paga al plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Atención médica con los proveedores de la red del plan

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

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

Su proveedor de atención primaria es su socio, que le brinda o coordina su atención médica y lo ayuda a navegar por las aguas a veces complejas de la atención de la salud. Al convertirse en miembro de BCN Advantage Elements, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP.

¿Qué tipo de proveedores pueden ser PCP?

Nuestros PCP son médicos u osteópatas que se especializan en una de las siguientes áreas:

- **Medicina de familia y práctica general:** los médicos de familia y práctica general tratan a pacientes de todas las edades, desde recién nacidos a adultos. Además, suelen brindar atención obstétrica y ginecológica. Estos profesionales tienen un extenso campo de conocimiento médico y han completado su capacitación en pediatría, cirugía, medicina interna y geriatría.
- **Medicina interna:** internistas capacitados para identificar y tratar todos los aspectos de las afecciones en adolescentes, adultos y ancianos. La mayoría de los internistas de nuestra red, en general, tratan a pacientes de 18 años en adelante.
- **Pediatría:** los pediatras se especializan en el tratamiento de pacientes de hasta 21 años.
- **Medicina interna/Pediatría:** los médicos de esta categoría están capacitados para desempeñarse como internistas y pediatras. Tratan a niños y adultos.
- **Medicina preventiva:** los médicos especialistas en medicina preventiva promueven la salud y el bienestar de los pacientes de todas las edades.

Si tiene una afección habilitante, por ejemplo, enfermedad renal terminal, puede elegir un nefrólogo para que sea su proveedor de atención primaria.

La función del PCP

El PCP que elija lo ayudará a recibir la atención correcta, en el momento correcto y en el lugar correcto. El PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de BCN Advantage Elements.

¿Qué servicios brinda el PCP y qué debe hacer para recibir la atención del PCP?

Habitualmente, primero verá al PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. El PCP le proveerá la mayor parte de la atención médica y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan.

Esto incluye lo siguiente:

- Radiografías,

- Análisis de laboratorio,
- Terapias,
- Atención de médicos especialistas,
- Internaciones,
- Atención de seguimiento.

¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

El PCP coordina los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de BCN Advantage Elements. La "coordinación" de servicios incluye trabajar con otros proveedores del plan, consultarlos o enviar a los miembros a que vean a otros proveedores del plan por su estado de salud y por necesidades médicas específicas, así como realizar derivaciones y organizar las autorizaciones previas según sea necesario. Debido a que el PCP le brindará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP. En el Capítulo 6 se describe cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal.

¿Cuál es la función del PCP en la obtención de la autorización previa?

Si necesita determinados tipos de suministros o servicios cubiertos, el PCP dirigirá y organizará la autorización previa (aprobación previa) de BCN Advantage Elements.

¿Cómo elige al PCP?

Ofrecemos diversos recursos para ayudarlo a ubicar un proveedor de atención primaria.

La opción más rápida y actualizada es iniciar sesión en el sitio web seguro para miembros y elegir un PCP en **www.bcbsm.com/medicare**.

Nuestro *Directorio de proveedores* impreso de BCN Advantage Elements enumera los médicos y centros de atención médica en el área de servicio de la red de su plan de BCN Advantage Elements. El *Directorio de proveedores* que recibe está personalizado para su zona geográfica provista por el Servicio de Atención al Cliente a petición. El *Directorio de proveedores* que recibe se basa en su dirección y no representa una lista completa de los proveedores de la red. Si su proveedor está ubicado en otro condado, es posible que no se lo mencione en el directorio que usted recibe.

Si necesita una copia del *Directorio de proveedores*, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-800-450-3680 de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede solicitar un *Directorio de proveedores* (las 24 horas, los 7 días de la semana) a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica o en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/providersmedicare**.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

BCN Advantage Elements
Mail Code A02B
P.O. Box 441936

Detroit, MI 48244

Antes de seleccionar un PCP, verifique si acepta pacientes nuevos. Si hay un especialista o un hospital específicos de BCN Advantage que desea utilizar, fíjese primero y asegúrese de que su PCP utilice ese hospital. Le recordamos que, al seleccionar un PCP, debe recibir toda la atención médica, que incluye la atención del PCP, el médico especialista y el hospital, dentro de la red de su plan específico.

Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre los médicos, por ejemplo, a qué facultad de Medicina asistió o dónde terminó su residencia, o para cambiar de PCP. Si seleccionó un PCP nuevo al que no ha visto nunca antes, debe programar una cita para un examen físico y establecer una relación de cooperación mutua lo antes posible.

Al seleccionar un PCP, tenga en cuenta que los consultorios de proveedores, los centros de salud y los consultorios externos que son propiedad de los hospitales y que estos operan (también conocidos como centros hospitalarios) pueden salirle más caro. Estos consultorios externos ofrecen la comodidad de disponer de una variedad de proveedores y servicios integrados en un solo complejo. De acuerdo con las reglas de facturación de Medicare, si consulta a un médico en el contexto de un consultorio privado, todos los servicios y los gastos se agrupan en un cargo individual. Si consulta a un médico en un consultorio externo, los cargos del médico y del hospital se facturan por separado, debido a que, desde la perspectiva de Medicare, usted se está tratando dentro del sistema hospitalario y no en el consultorio del médico. Esta tarifa por el uso del hospital puede incrementar los costos a su cargo. Incluso los centros médicos y los consultorios de proveedores ubicados bastante lejos del campus del hospital principal pueden considerarse parte del hospital. Pregúnteles a sus proveedores si son parte de un consultorio externo. ***Para obtener más información, consulte "Servicios hospitalarios ambulatorios" en el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos y "Consultorio externo" en el Capítulo 10, Definiciones de palabras importantes.***

Una vez que haya seleccionado un PCP, avísenos. Existen varias maneras de seleccionar médicos o de cambiarlos.

- Complete un formulario de selección de médico y envíelo de regreso.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-800-450-3680 de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Visite **www.bcbsm.com/medicare** y seleccione *Login (Inicio de sesión)*. Una vez que haya iniciado sesión, seleccione *View or change your PCP (Ver o cambiar su PCP)* para realizar los cambios.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, podría suceder que el PCP se vaya de la red de proveedores del plan y usted deba hallar un PCP nuevo que sea parte de nuestra red de BCN Advantage. Le avisaremos si su PCP se va de nuestra red. El Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo a encontrar y a seleccionar otro proveedor.

Para cambiar de PCP, puede iniciar sesión en el sitio web seguro para miembros y seleccionar un PCP en **www.bcbsm.com/medicare** o llamar al Servicio de Atención al Cliente. Cuando llame

al Servicio de Atención al Cliente, asegúrese de avisar si está viendo a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitaron la aprobación del PCP (por ejemplo, atención médica en el hogar y equipo médico duradero). El Servicio de Atención al Cliente ayudará a garantizar que siga recibiendo la atención especializada y otros servicios que recibía antes de cambiar de PCP. También verificará si el PCP que usted quiere elegir está aceptando pacientes nuevos. El Servicio de Atención al Cliente modificará su registro de membresía para que muestre el nombre de su PCP nuevo y le dirá cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP.

Sección 2.2 ¿Qué clases de atención médica puede recibir sin una derivación de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin la aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes ginecológicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe (o vacunas), COVID-19, hepatitis B y neumonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata. que no son de emergencia si está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si es irrazonable, dada su situación, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan está temporalmente no disponible.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicio de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área.
- Estudios de densidad ósea incluidos en la atención médica de rutina para la mujer, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Atención pediátrica de rutina, siempre que la brinde un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una parte del cuerpo o una enfermedad específicas. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.

- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con determinadas afecciones en los huesos, las articulaciones o los músculos.

¿Cuál es la función del PCP en la derivación de los miembros a los especialistas y otros proveedores?

El PCP es el mejor recurso para coordinar su atención y puede ayudarlo a encontrar un especialista de la red. Sin embargo, BCN Advantage no exige una derivación para que usted programe una cita con un especialista de la red. No obstante, es posible que algunos especialistas de la red confirmen con su PCP si usted necesita atención especializada.

¿Para qué servicios el PCP debe obtener autorización previa?

La autorización previa es la aprobación de servicios por anticipado. En una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), algunos servicios de la red están cubiertos solamente si el médico u otro proveedor de la red obtiene la "autorización previa" del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican con letra cursiva en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Es importante saber que, durante el año, es posible que hagamos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan. Si su médico o especialista se va del plan, usted tiene algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos si su proveedor se va de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual se va de nuestro plan, le avisaremos si ha consultado con ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si algún otro proveedor se va de nuestro plan, le avisaremos si tenía el proveedor asignado, si actualmente se estaba atendiendo con el proveedor o si ha consultado con el proveedor en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que pueda obtener atención continua.
- Si está actualmente recibiendo tratamiento médico o terapia con el proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapia médicamente necesario continúe, y colaboraremos con usted para garantizar que esto sea así.
- Le brindaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para que reciba cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con el costo compartido que corresponde dentro

de la red, cuando el proveedor o el beneficio dentro de la red no estén disponibles o no satisfagan sus necesidades médicas. Puede requerirse autorización previa.

- Si se entera de que su médico o especialista se irá del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a hallar un proveedor nuevo para dirigir su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se administra de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención a la QIO, una queja al plan por la calidad de la atención o ambos. Consulte el Capítulo 7.

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

Los únicos servicios que están siempre cubiertos sin autorización son los servicios de emergencia y urgencia médica. Si los proveedores de servicios especializados no están disponibles en la red, puede solicitar una autorización para recibir atención fuera de la red. Los miembros pueden solicitar la aprobación por anticipado (autorización) para los servicios fuera de la red si llaman al Servicio de Atención al Cliente (al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación).

Si necesita atención médica cuando está **dentro del área de servicio, pero solicita servicios de un proveedor fuera de la red**, la cobertura está limitada, a menos que BCN Advantage haya aprobado los servicios fuera de la red de forma anticipada.

Si necesita atención médica cuando está **fuera del área de servicio y dentro de Michigan**, la cobertura está limitada a emergencias médicas, servicios de urgencia y diálisis renal, a menos que BCN Advantage haya aprobado los servicios fuera de la red de forma anticipada.

Si necesita atención médica cuando está **fuera de Michigan**, nuestro beneficio del tipo “Punto de servicio” (que se ofrece a través de la red nacional de Blue Plan Providers mediante Blue Cross and Blue Shield Association) le permite recibir atención preautorizada de rutina y de seguimiento según sea necesario por parte de los proveedores que participan en los planes de Blue. Los miembros de BCN Advantage que viajan fuera de los Estados Unidos y sus territorios pueden recibir atención de emergencia o urgencia y traslado de emergencia mediante Blue Cross Blue Shield Global Core™. Puede visitar **www.bcbsglobalcore.com** para encontrar médicos y hospitales que participen con Blue Cross. Para encontrar proveedores participantes fuera de Michigan, llame al 1-800-810-2583, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este número de teléfono figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Consulte el Capítulo 4 para obtener información más detallada sobre los costos que le corresponde pagar a usted y los beneficios médicos, y el Capítulo 5 para obtener información sobre el pago de los servicios brindados por proveedores fuera de la red. Si tiene preguntas sobre la cobertura de la atención médica cuando está de viaje, llame al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 3 Cómo recibir los servicios cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es una situación en la que usted o cualquier otra persona lega prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica de inmediato para prevenir la pérdida de su vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Estos síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia o al hospital más cercanos. Llame para solicitar una ambulancia si es necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación ni la derivación de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que se le haya informado a nuestro plan acerca de la emergencia.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos acerca de la atención de emergencia, habitualmente en el transcurso de 48 horas. La información de contacto figura en el Capítulo 2, y en la contraportada de este documento.

¿Qué servicios están cubiertos si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le están brindando atención de emergencia decidirán en qué momento se considera que usted está estable y que la emergencia médica finalizó.

Cuando la emergencia finalice, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúe estable. Los médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y se hagan planes de atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su estado médico y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, podría suceder que usted solicite atención de emergencia porque piensa que su salud está en grave peligro y que el médico diga que no se trata en absoluto de una emergencia médica. Si al final no se trató de una emergencia, cubriremos la atención siempre y cuando usted haya pensado sobre una base razonable que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si la recibe de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional,
- *o bien,* la atención adicional que recibe está considerada como servicio de urgencia y usted cumple con las reglas para recibir estos servicios (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es de emergencia es un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si es irrazonable, dada su situación, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan está temporalmente no disponible.

Llame al consultorio del médico si necesita atención inmediata para su afección. Si su médico no está disponible, puede dirigirse a cualquier centro de atención de urgencia para recibir servicios cubiertos.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos conforme a las siguientes circunstancias:

- Servicios de urgencia (servicios que necesita recibir para evitar la probable aparición de una afección médica de emergencia).
- Atención de emergencia (tratamiento que se necesita de inmediato porque cualquier demora significaría un riesgo de daño permanente para su salud).

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran una situación de catástrofe o emergencia en su área geográfica, tiene derecho a recibir la atención de su plan.

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

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan lo autorizará para que obtenga atención de los proveedores fuera de la red con los costos compartidos de los proveedores de la red.

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

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

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

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

BCN Advantage Elements cubre todos los servicios médicamente necesarios según se mencionan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquiera de los servicios que reciba después de haber agotado los beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Los servicios que paga por su cuenta cuando se agota el beneficio no cuentan para el monto máximo a su cargo.

SECCIÓN 5 ¿De qué manera están cubiertos los servicios médicos al participar en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en la que los médicos y los científicos evalúan nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, si manifiesta interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo del estudio. Puede participar siempre y cuando cumpla

con los requisitos del estudio *y* comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, usted es el único responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que proporcionarnos la documentación para demostrar cuánto pagó. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención (aquella que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni recibir nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar en la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios por los cuales su plan es responsable, que incluyen un registro o ensayo clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacionales (NCD-CED) que requieren cobertura con desarrollo de evidencia y estudios de exención de dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Original Medicare para los inscritos de Medicare Advantage, lo alentamos a que nos avise de antemano si decide participar en ensayos clínicos calificados de Medicare.

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

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

Una vez que comience a participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y los servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre ellos, los siguientes:

- La habitación y la comida durante una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si son parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del nuevo método de atención.

Una vez que Medicare ha pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo importe por los servicios que reciba como parte del estudio que el que pagaría si recibiera estos servicios de

nuestro plan. No obstante, deberá enviar la documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100. Supongamos también que lo que a usted le corresponde de este análisis es $20 según Original Medicare; sin embargo, según los beneficios de nuestro plan, lo que le correspondería es $10. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 obligatorio según Original Medicare. Luego debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio por un ensayo clínico calificado y presentar la documentación (por ejemplo, una factura del proveedor). Entonces, el plan le pagaría $10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar la documentación (por ejemplo, una factura del proveedor).

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

- En general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está evaluando, excepto en el caso de que Medicare cubra el artículo o servicio aunque usted *no* participe en el estudio.
- Los artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos, que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (TC) mensuales que se realizan como parte del estudio si su enfermedad normalmente exigiría realizar una sola TC.
- Artículos y servicios que normalmente son proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para la cobertura de la atención en una institución religiosa sanitaria no médica

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

Una institución religiosa sanitaria no médica es un centro que brinda atención para una afección que, en condiciones comunes, se trataría en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si la atención en un hospital o un centro de enfermería especializada es contraria a las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, cubriremos la atención en una institución religiosa

sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios sanitarios no médicos).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa sanitaria no médica

Para recibir atención en una institución religiosa sanitaria no médica, usted debe firmar un documento legal que diga que se opone de forma consciente a recibir tratamiento médico **no obligatorio**.

- La atención o el tratamiento médico **no obligatorio** es cualquier tipo de atención o tratamiento médico que tiene carácter *voluntario* y cuyo cumplimiento *no está exigido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico **obligatorio** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe que *no* tiene carácter voluntario o cuyo cumplimiento *está exigido* por una ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución y estos se proporcionan en un centro, deben cumplirse las siguientes condiciones:
    - Usted debe tener una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
    - *Y* debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de su internación; de lo contrario, la internación no estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados (consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted se convertirá en propietario del equipo médico duradero después de realizar determinada cantidad de pagos en el plan?

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones automáticos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital que el proveedor haya indicado para uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de determinados artículos, como las prótesis. En esta sección, se analizan otros tipos de equipo médico duradero que el miembro debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipos médicos duraderos se convierten en propietarios después de pagar los copagos del equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de BCN Advantage Elements, habitualmente se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado en el mes n.º 13 después de haber pagado los copagos del artículo durante 12 meses. En determinadas circunstancias limitadas, no le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

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

Si no llegó a ser propietario del equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de pasarse a Original Medicare para tener la propiedad de dicho equipo. Los pagos efectuados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que efectuó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de tener la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero mientras tanto no obtuvo la titularidad. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir el artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Los pagos anteriores (ya sea en nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, BCN Advantage Elements cubrirá lo siguiente:

- El alquiler del equipo de oxígeno;
- La entrega y el contenido de oxígeno;
- Los tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para la entrega y el contenido de oxígeno,
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno.

Si abandona BCN Advantage Elements ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le brinde servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, el equipo se alquila. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Pasados los cinco años, puede elegir si seguir con la misma empresa o buscar otra. A esta altura, vuelve a comenzar el ciclo de cinco años, incluso si sigue con la misma empresa, por lo que deberá abonar los copagos de los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo cancela, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de los costos a su cargo por los servicios cubiertos

En este capítulo, se brinda una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de BCN Advantage Elements. Más adelante en este capítulo podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites que corresponden a determinados servicios. En este capítulo también se explican los beneficios complementarios opcionales. En el Anexo A puede encontrar una lista de limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos, en la que se muestran las marcas y los fabricantes de equipos médicos duraderos.

Sección 1.1 Tipos de costos a su cargo por servicios cubiertos

Para comprender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos a su cargo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (En la Sección 1.2 se incluye más información sobre el deducible de su plan).
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. El copago se paga al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que figura en la Sección 2 le brinda más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es un porcentaje que debe pagar del costo total de determinados servicios médicos. El coseguro se paga al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que figura en la Sección 2 le brinda más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califica para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar al proveedor el comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su plan incluye un deducible por separado para el punto de servicio.

Punto de servicio (POS): BCN Advantage tiene un beneficio de punto de servicio, el cual permite a los miembros recibir atención con autorización previa cuando viajan fuera de Michigan.

El deducible del punto de servicio por separado es de $500 para BCN Advantage Elements. Este es el monto que debe pagar usted antes de que nosotros paguemos la parte que nos corresponde de sus servicios médicos cubiertos. Hasta que pague el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el monto del deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde del costo de los servicios médicos cubiertos, y usted pagará la parte que le corresponde (el monto de copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos de los servicios. Esto significa que pagaremos la parte que nos corresponde de estos servicios aunque aún no haya pagado el deducible.

Este deducible del punto de servicio no se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios preventivos.
- Servicios de urgencia y emergencia.
- Insulina proporcionada a través de un equipo médico duradero.
- Beneficios adicionales que Original Medicare no cubre, como los siguientes:
    - Servicios de atención dental preventiva,
    - Atención de la vista,
    - Programas educativos sobre salud y bienestar,
    - Elementos de seguridad para el cuarto de baño,
    - Membresía en programas de acondicionamiento físico.

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

Como está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite con respecto al monto a su cargo por año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en virtud de Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto máximo a su cargo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2025, este importe es de $4500.

Los montos que paga por los copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se cuentan a favor de este monto a su cargo. (Los montos que paga por las primas del plan no se cuentan a favor del monto máximo a su cargo). La atención que recibe a través de nuestro beneficio del punto de servicio se contará a favor del monto máximo de costos a su cargo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se cuentan a favor del monto máximo de costos a su cargo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de costos a su cargo de $4500, no tendrá que pagar ningún costo a su cargo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B se la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de BCN Advantage Elements, una protección importante para usted es que, luego de que alcance los deducibles, solo tiene que pagar el monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aunque le paguemos al proveedor un monto menor del que este cobra por un servicio y aunque haya una controversia y no paguemos determinados cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, $15.00), usted solo debe pagar ese monto por los servicios cubiertos que le proporcione un proveedor dentro de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca debe pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que visite:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según esté determinada en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participe con Medicare, usted debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios de urgencia).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha hecho una *facturación de saldos,* llame a Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas se enumeran los servicios cubiertos por BCN Advantage Elements y lo que usted debe pagar para cada servicio. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare se deben proporcionar de acuerdo con las pautas de cobertura que Medicare establece.
- Los servicios (lo que incluye los servicios, la atención, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados en la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede

requerir autorización previa para ningún tratamiento en curso activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que le proporciona y supervisa la atención.
- Algunos de los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor dentro de la red reciben nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado aparecen en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, dicha 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 historia clínica y la recomendación del proveedor responsable.

Otras cosas importantes que debe saber sobre su cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y usted 2025*. Para verlo en línea ingrese en **www.medicare.gov** o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que reciba para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2025, este servicio estará cubierto por Medicare o por nuestro plan.

Información de beneficio importante para afiliados con afecciones crónicas:

- Si le han diagnosticado alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
  - Artritis,
  - Trastornos autoinmunitarios (poliarteritis nodular, polimiositis reumática,polimiositis, lupus eritematoso sistémico);
  - Cáncer (no incluye afecciones precancerosas ni el cáncer localizado);
  - Arritmias cardíacas;
  - Alcoholismo crónico u otra drogodependencia,
  - Trastornos cardiovasculares crónicos (enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica, tromboembolia venosa crónica),

- Afecciones de salud mental incapacitantes y crónicas,
- Insuficiencia cardíaca crónica;
- Trastornos pulmonares crónicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]);
- Demencia,
- Diabetes,
- Enfermedad hepática en etapa terminal;
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis;
- VIH/SIDA;
- Hipertensión;
- Trastornos neurológicos;
- Prediabetes;
- Trastornos hematológicos graves (anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunitaria, síndrome mielodisplásico, anemia drepanocítica [no incluye tener el rasgo de células falciformes], tromboembolia venosa crónica);
- Accidente cerebrovascular.

Este beneficio estará disponible solo para miembros identificados del plan que han sido diagnosticados con las enfermedades arriba mencionadas.

Si tiene una de las afecciones mencionadas y considera que califica para este beneficio, consulte con su médico si se puede confirmar su diagnóstico.

- Vaya a la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

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

Verá esta estrella al lado de los beneficios mejorados que ofrece nuestro plan aparte de lo que cubre Original Medicare.

Tabla de beneficios médicos

Fuera de la red: *Los servicios médicos* ***no*** *están cubiertos a menos que lo autorice el plan, excepto para atención urgente y de emergencia*.
* Los servicios marcados con un asterisco no cuentan para su monto máximo a su cargo.
Ciertos servicios pueden requerir una orden médica.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Examen de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de detección de ultrasonido que se realiza una sola vez en las personas en riesgo. El plan cubre solo esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si usted obtiene una derivación por esta de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago o deducible para los miembros que reúnen los requisitos para esta prueba de detección preventiva. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Acupuntura para la lumbalgia crónica Los servicios médicos cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, la lumbalgia crónica se define como un dolor que: • dura 12 semanas o más; • es inespecífico, ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con la cirugía; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), enfermeros profesionales (nurse practitioners, NP)/especialistas de enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o grado de doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM; y	**Dentro de la red** Copago de $15 por servicios cubiertos por Medicare. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para la lumbalgia crónica (continuación) • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda servicios de acupuntura debe estar en el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA, o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del CFR.	
Inyecciones para alergias (antígenos)	Consulte "*Medicamentos recetados de Medicare parte B*" en el Capítulo 4 dentro de la tabla de beneficios médicos de la sección 2.1 para obtener detalles sobre los costos compartidos.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala giratoria y terrestre al centro adecuado más cercano que puede proporcionar atención, únicamente si están asignados a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ☆ Cubrimos los servicios de ambulancia incluso si no se lo transporta a un centro, si está estabilizado en su casa u otra ubicación. Este servicio no tiene cobertura fuera de los EE. UU. o sus territorios.	**Dentro de la red** Copago de $300 por cada viaje en ambulancia aérea o terrestre de ida o vuelta para los servicios emergentes cubiertos por Medicare. $90 por los servicios de ambulancia que no requieran transporte. Los costos a su cargo para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red, dentro de los Estados Unidos y sus territorios, son los mismo que para dichos servicios suministrados dentro de la red. Tiene cobertura para el transporte de emergencia en todo el mundo. Consulte la cobertura de emergencia en todo el mundo más adelante en esta misma tabla.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Examen físico anual Un examen realizado por un médico de atención primaria u otro proveedor que recolecte información de salud. Este es un examen anual preventivo y es más exhaustivo que una visita anual de bienestar. Se cubre una vez por año calendario. Los servicios incluyen: • Un examen físico adecuado para la edad y el género, incluyendo la revisión de signos vitales y mediciones. • Intervenciones de orientación, asesoramiento y reducción de factores de riesgo. • Administración o pedido de vacunas, pruebas de laboratorio o procedimientos de diagnóstico. • Solo tienen cobertura en las siguientes ubicaciones: el consultorio del proveedor, un hospital para pacientes ambulatorios o la casa del miembro.	**Dentro de la red** Copago de $0 para el examen físico anual. Sin embargo, se le aplicará un copago o coseguro si uno de los servicios cubiertos (por ejemplo, una prueba de diagnóstico) está fuera del alcance del examen físico anual.
Visita anual de bienestar Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede recibir una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y en los factores de riesgo. **Nota:** El primer examen de bienestar anual no se puede realizar dentro de los 12 meses de su visita preventiva de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido la visita Bienvenido a Medicare para tener cobertura para la visita anual de bienestar si tuvo la Parte B por 12 meses. La visita anual de bienestar se mejoró para que pueda llevarse a cabo durante el año calendario, independientemente de la fecha de sus visitas anuales de bienestar previas.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar. Sin embargo, se le aplicará un copago o coseguro si uno de los servicios cubiertos (por ejemplo, una prueba de diagnóstico) está fuera del alcance de la visita anual de bienestar.
Artículos de seguridad para el baño* Cubrimos determinados artículos de seguridad para el baño **no cubiertos por Medicare**: • Barra de apoyo para ducha/bañera, • Taburete de bañera o banco de transferencia, • Barras de inodoro, • Asientos de inodoro elevados. La instalación y la evaluación en el hogar no están cubiertas.	**Dentro de la red** Cubierto en su totalidad hasta un máximo de $100 de beneficio anual del plan. Instalación no cubierta. *Se requiere orden médica.* El miembro debe obtener el equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) del proveedor de DME de BCN,

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Artículos de seguridad para el baño* (continuación)	Northwood, al 1-800-667-8496, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Cuando estén fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood. *Esto no cuenta como parte de su monto máximo a su cargo.
Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluye la interpretación del médico de los resultados.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea, que está cubierta por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Pruebas de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses. • Las mamografías de detección en 3D están cubiertas cuando sea médicamente necesario.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible por la cobertura de mamografías de detección. Si tiene una afección médica y requiere una mamografía de seguimiento (segunda) y/o una biopsia en un día diferente al de la prueba de detección, el procedimiento se considera de diagnóstico y aplicarán sus costos compartidos contractuales para los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección del cáncer de mama (mamografías) (continuación)	Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Dentro de la red** Copago de $0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de $0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare. Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de la aspirina (si corresponde), verificar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que su alimentación es saludable.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia integral intensiva del comportamiento para enfermedad cardiovascular. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Examen de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares) cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago o deducible para exámenes de enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos se cubren cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de tener cáncer cervical o vaginal, o si está en edad fértil y tuvo un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos ni Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • La manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. Los servicios que no están cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • Una visita de rutina al consultorio por año.* • Un conjunto de radiografías de rutina (hasta 3 imágenes) por año.*	**Dentro de la red** Copago de $15 por cada visita cubierta por Medicare. Copago de $35 por cada visita de rutina al consultorio, una por año.* Copago de $20 por un conjunto de radiografías de rutina (hasta 3 imágenes) por año. * *Esto no cuenta como parte de su monto máximo a su cargo. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible,

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico, sin embargo, no se le cobrarán costos a su cargo adicionales. Si recibe otros servicios durante la visita, o si se discuten afecciones adicionales, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga por los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.	**Dentro de la red** Copago de $0 por cada visita al proveedor de atención primaria para los servicios cubiertos por Medicare. Copago de $200 por servicio de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.
Además, cubrimos los siguientes servicios, dentro y fuera de la red: **Servicios dentales preventivos*** • Exámenes: hasta 2 exámenes periódicos orales por año calendario (incluidos exámenes de emergencia). Nota: Los exámenes de emergencia cuentan para el límite de dos exámenes orales por año.	Ofrecemos un máximo anual de $1500 para servicios dentales combinados dentro y fuera de la red por año calendario.

Servicios dentales (continuación)

Códigos cubiertos:
Examen de emergencia: D0140
Examen oral: D0120, D0150, D0160, D0170, D0180

- Limpiezas: hasta 2 limpiezas por año calendario (incluye el mantenimiento periodontal).
  Nota: Cada uso del mantenimiento periodontal reemplazará a una de las limpiezas disponibles por año calendario.
  Códigos cubiertos:
  Limpiezas: D1110, D1120, D4346
  Mantenimiento periodontal: D4910
- Radiografías: un conjunto (hasta 4) de radiografías de mordida cada 2 años calendario O un conjunto (hasta 6) de radiografías periapicales cada 2 años calendario. Códigos cubiertos:
  Radiografías de mordida: D0270-D0274
  Radiografías periapicales: D0220, D0230
- Radiografías de boca completa: Una (D0210, D0277, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709) cada 5 años.
- Un tratamiento con flúor cada año calendario: D1206, D1208

Servicios dentales integrales cubiertos*:

- Biopsias por cepillado (2 por año calendario): D7288
- Rellenos de resina y amalgamas (uno por diente por superficie cada 48 meses): D2140-D2335, D2391-D2394
- Coronas para dientes permanentes únicamente (una por diente cada 84 meses): D2710-D2794, D2950, D2954
- Reparación de coronas (3 por diente por año calendario): D2920, D2980
- Tratamiento de conducto radicular (uno por diente de por vida): D3220-D3240, D3310-D3330, D3331-D3426, D3430, D3450, D3920
- Limpieza profunda (una por cuadrante cada 24 meses): D4341, D4342
- Extracciones simples (una vez por diente de por vida): D7140-D7251
- Cirugía oral (dos veces por diente de por vida): D7270, D7280-D7283

Los códigos dentales que identifican los servicios cubiertos pueden estar actualizados por la American Dental Association.

Dentro de la red:

Dentista de la red de Medicare Advantage (Nivel 1)

Coseguro del 0 % para lo siguiente:

- Exámenes orales
- Limpiezas y mantenimiento periodontal de rutina
- Tratamientos con flúor
- Biopsias por cepillado
- Rellenos de resina y amalgama
- Coronas
- Reparación de coronas
- Tratamientos de conducto radicular
- Limpiezas profundas
- Extracciones simples
- Cirugía oral

Para encontrar un dentista, visite **www.mibluedentist.com** y busque dentistas dentro de la red de Medicare Advantage (BCBSM y BCN Advantage) en la sección del Nivel 1 o comuníquese con Servicio al Cliente.

Fuera de la red (dos opciones):

1. Dentista participante de Blue Par Select de Nivel 2: usted paga el 50 % del importe aprobado por los servicios cubiertos.

   Un proveedor que acepta participar en una reclamación como dentista de nivel 2 no puede cobrarle la diferencia

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	entre el monto permitido y el monto cobrado, y presentará la reclamación en su nombre. Para encontrar un dentista de Blue Par Select, visite **www.mibluedentist.com** y busque dentistas dentro del acuerdo de Blue Par Select (participación por reclamación) en la sección del nivel 2 o comuníquese con Servicio al Cliente. Confirme siempre que el dentista acepta Medicare Advantage. 2. Dentista no participante: Usted paga el 50 % del monto permitido para los servicios permitidos más cualquier diferencia entre el monto permitido y el monto cobrado. Pagará más por los servicios de un dentista no participante. Debe pagarle directamente al dentista el monto completo que cobra. El dentista puede presentar la reclamación en su nombre y se le enviará

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	el pago de esta. Si el proveedor no presenta la reclamación, tendrá que presentarla usted para obtener el reembolso. Consulte también el capítulo 4, sección 2.2 "Beneficios complementarios opcionales adicionales" que puede comprar para obtener información sobre los servicios dentales adicionales no cubiertos por Medicare disponibles a través de este plan.
Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección se debe hacer en un entorno de atención primaria que puede proporcionarle derivaciones y/o tratamiento de seguimiento.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión), • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia); • Obesidad; • Antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si usted cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos* Todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear su nivel de glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para determinar la glucosa en la sangre, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajustado del zapato. • La capacitación de automanejo de diabetes está cubierta en determinadas condiciones. Para todas las personas que padecen diabetes y utilizan insulina, los servicios cubiertos incluyen: monitores continuos de glucosa aprobados y asignación de suministros para el monitor continuo de glucosa, según lo cubierto por Original Medicare. Algunos monitores continuos de glucosa y otros suministros para diabéticos deben obtenerse en una farmacia de la red.	**Dentro de la red** Coseguro del 0 % por suministros para la diabetes. Coseguro del 0 % por zapatos y plantillas cubiertas por Medicare. Copago de $0 para la capacitación de automanejo de la diabetes. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo. *Esto no cuenta como parte de su monto máximo a su cargo. Para utilizar un proveedor de la red para suministros diabéticos (excluidos los monitores continuos de glucosa), incluidos zapatos y plantillas para diabéticos, póngase en contacto con Northwood al 1-800-667-8496, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Para usar un proveedor de la red para monitores continuos de glucosa, debe ir a una farmacia dentro de la red. Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su directorio de proveedores/farmacias o visitar nuestro sitio web **www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare**.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos* (continuación)	Cuando estén fuera del área de servicio del plan, los miembros pueden comunicarse con el proveedor mencionado anteriormente. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Si desea ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 de este documento, y la Sección 7 del Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas para colchones, suministros para diabéticos, camas de hospital indicadas por proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. La cobertura de DME se limita a equipos básicos. El equipo de lujo o mejorado debe ser médicamente necesario y requiere autorización previa para la cobertura. Los estilos, colores y materiales personalizados no están cubiertos. En este documento de *Evidencia de Cobertura*, incluimos la lista de DME de BCN Advantage. La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubriremos. Por lo general, BCN Advantage Elements cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en BCN Advantage y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca para usted durante un máximo de 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refiera para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede	**Dentro de la red** 20 % de coseguro del costo de los artículos cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es el 20 % cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si, antes de inscribirse en BCN Advantage Elements había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en BCN Advantage Elements es del 20 %. El miembro debe obtener DME del proveedor de DME de BCN, Northwood, al 1-800-667-8496, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su afección médica. (Para obtener información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 7, *Qué hacer si tiene un problema o reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]).*	Cuando estén fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Se trata de una "emergencia médica" cuando usted o cualquier otra persona que no sea experta y que tenga un conocimiento promedio de la salud y medicina, consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un nonato), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos incluyen una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios suministrados dentro de la red. ☆ Tiene cobertura para la atención médica de emergencia en todo el mundo. Consulte la cobertura de emergencia en todo el mundo más adelante en esta misma tabla.*	Copago de $125 por las visitas a la sala de emergencia cubiertas por Medicare Si es admitido en el hospital dentro de 3 días por la misma afección, debe pagar $0 por la visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que su condición de emergencia se estabiliza, debe recibir su atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red. *Esto no cuenta como parte de su monto máximo a su cargo.
Pruebas de detección del glaucoma Las pruebas de detección del glaucoma se realizan una vez al año a las personas que pertenecen al menos a una de las siguientes categorías de alto riesgo: • Personas con antecedentes familiares de glaucoma,	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección del glaucoma (continuación) • Personas con diabetes, • Afroamericanos de 50 años o más, • Hispanoamericanos de 65 años o más.	para las pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare para las personas con alto riesgo.
Programas de educación de salud y bienestar BCN Advantage Elements ofrece programas de educación para la salud que incluyen lo siguiente: ☆ **Línea de asesoría de enfermería las 24 horas:** hable con personal de enfermería registrado asesor en salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que lo ayude con sus preguntas relacionadas con la salud. Puede ponerse en contacto con la línea de enfermería llamando al 1-855-624-5214. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. ☆ **Educación nutricional**: se ofrecen sesiones en grupos de seis y/o individuales de educación nutricional y de asesoramiento (ilimitadas en el tiempo según la necesidad médica) por afección, cada año proporcionadas por un centro contratado por el plan, para las siguientes afecciones: fenilcetonuria (FCU), hipercolesterolemia que no responde a las recomendaciones dietéticas estándar, obesidad, diabetes, enfermedad renal crónica, hipertensión, enfermedad celíaca e hipoglucemia en no diabéticos. ☆ **Asesoramiento para dejar de fumar**: nuestro programa de asesoramiento para dejar de fumar es un programa anual que se ofrece como una experiencia autoguiada con acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de la web o el teléfono móvil, o asesoramiento en directo con inscripción en línea o por teléfono y disponible a través de chat telefónico o de plataforma. Los miembros deben llamar al 1-833-380-8436. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El servicio de atención al miembro está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m., hora del este. Los asesores de salud están disponibles: de lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m.; viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. y sábados, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.; todos ellos hora del este. Otros programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los miembros, como Blue Cross Virtual Well-Being, están disponibles en nuestro sitio web **www.bcbsm.com/medicare**	Copago de $0 por programas educativos sobre salud y bienestar. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programa de acondicionamiento de salud Los miembros están cubiertos por un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers®. SilverSneakers es un programa integral que puede mejorar el bienestar general y las conexiones sociales. Diseñado para todos los niveles y capacidades, SilverSneakers proporciona un cómodo acceso a una red nacional de acondicionamiento físico, una variedad de opciones de programación y actividades más allá del gimnasio que incorporan el bienestar físico y la interacción social. Los beneficios incluyen: • Uso de equipos de ejercicio, clases y otros servicios en miles de establecimientos participantes. • Clases y talleres en línea SilverSneakers LIVE impartidos por instructores formados en acondicionamiento físico para mayores. • Acceso a Burnalong® con una comunidad virtual de apoyo y miles de clases para todos los intereses y capacidades. • Biblioteca en línea SilverSneakers bajo demanda con cientos de videos de entrenamiento. • Aplicación móvil SilverSneakers GO con videos bajo demanda y clases en directo. • SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). • Consejos de acondicionamiento físico en línea e información sobre alimentación sana. • Conexiones sociales a través de eventos como comidas compartidas, celebraciones festivas y reuniones sociales en clase. • Programa de enriquecimiento virtual GetSetUp, con clases sobre temas que van desde la alimentación sana hasta el envejecimiento en el hogar. Visite **silversneakers.com** para obtener más información o llame al 1-866-584-7352, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. GetSetUp es un proveedor externo y no es propiedad ni está gestionado por Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni sus filiales. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder al servicio GetSetUp. Los gastos del servicio de Internet corren a cargo del usuario. Burnalong es una marca registrada de Burnalong, Inc. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	**Dentro de la red** Copago de $0 por programa de acondicionamiento físico. Los servicios de acondicionamiento físico deben prestarse en centros participantes en SilverSneakers®. Puede encontrar una ubicación o solicitar información en **silversneakers.com** o en el 1-866-584-7352, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de audición Los servicios de audición cubiertos por Medicare incluyen evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando son proporcionados por un médico, audiólogo u otros proveedores calificados. ☆ Nuestro plan también cubre los servicios de audición no cubiertos por Medicare, incluidos: • Examen rutinario de la audición: 1 al año. • Adaptación y evaluación de audífonos: una vez cada 3 años. • Un audífono por oído cada 3 años. Los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado y se basan en el examen de audición y la evaluación de audífonos más recientes. Se requiere una evaluación médica para encontrar la causa de la pérdida auditiva y determinar si puede mejorarse con un audífono antes de dispensar los audífonos. Usted es responsable de la diferencia entre los beneficios del plan y el costo del audífono o audífonos. Los servicios deben prestarse por un proveedor participante de la red. ☆ Los audífonos de venta libre (OTC) pueden adquirirse utilizando la asignación para audífonos de venta libre. Para obtener más información sobre la asignación para medicamentos de venta libre (OTC): Advantage Dollars, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 de su Evidencia de cobertura.	**Dentro de la red** Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare proporcionados por un proveedor de atención primaria. Copago de $35 por los servicios de un especialista cubiertos por Medicare. **Servicios para la audición no cubiertos por Medicare*** **Exámenes de la audición de rutina*** (1 por año) Copago de $0 por los servicios prestados por un médico de atención primaria. Copago de $35 por los servicios de un especialista. **Adaptación y evaluación de audífonos*** (una vez cada 3 años) Copago de $0 por los servicios prestados por un médico de atención primaria o un especialista. **Audífonos*** Asignación máxima de $600 para ambos oídos (hasta $600 por oído) cada 3 años por audífonos nuevos, incluida la tarifa de dispensación aplicable. *Esto no cuenta como parte de su monto máximo a su cargo. Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección de la hepatitis C Para las personas con alto riesgo de infección por hepatitis C, incluidas las personas con antecedentes actuales o pasados de consumo ilícito de drogas inyectables y las personas con antecedentes de haber recibido una transfusión de sangre antes de 1992, cubrimos: • Una prueba de detección. • Pruebas de detección adicionales cada 12 meses para las personas que continúan consumiendo drogas inyectables ilícitas desde la prueba de detección negativa anterior. Para todos los demás nacidos entre 1945 y 1965, cubrimos una prueba de detección.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas preventivas de detección de la hepatitis C cubiertas por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Prueba de detección de VIH En el caso de las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de sufrir una infección de VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses En las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Un máximo de tres exámenes durante un embarazo.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Atención de agencias de salud en el hogar Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted los necesita y ordenará que una agencia de salud en el hogar preste dichos servicios. Usted deberá estar confinado en casa, lo que significa que salir de ella implica un esfuerzo considerable. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermeras especializadas y ayudantes de salud en el hogar (para obtener el beneficio de esta cobertura, sus servicios de enfermería especializada y de ayudantes de atención médica en el hogar juntos deben sumar, en total, menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y materiales médicos.	**Dentro de la red** Copago de $0 para las visitas de salud en el hogar en el hogar cubiertas por Medicare. Los suministros médicos solicitados por los médicos, como los equipos médicos duraderos, no están cubiertos por la atención de la agencia de salud en el hogar. La atención de custodia no forma parte de la atención de las agencias de salud en el hogar. Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta
Atención de agencias de salud en el hogar (continuación)	Tabla de beneficios médicos para obtener más información. *Pueden aplicarse reglas de autorización.*

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implicó la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, globulina inmune), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • La formación y la educación de los pacientes no están cubiertas de otra manera bajo el beneficio de equipos médicos duraderos. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	**Dentro de la red** Coseguro del 0 % para los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. *Pueden aplicarse reglas de autorización.*
Atención en un centro de cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad transcurre en su curso normal. Puede recibir atención por parte de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor; • Cuidado de relevo a corto plazo; • Atención en el hogar. Cuando se lo admite en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en él, debe seguir pagando las primas del plan.	Cuando se inscribe en el programa de servicios de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no BCN Advantage Elements.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación) Para servicios de un centro de cuidados paliativos y para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de centros de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios que este paga. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia y no se necesitan con urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el importe del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de red, usted paga el costo compartido conforme a Medicare de pago por servicio (Original Medicare). Para servicios que están cubiertos por BCN Advantage Elements pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: BCN Advantage Elements seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga su costo compartido del plan por estos servicios. **Nota**: Si necesita atención que no sea la de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su afección terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar sus servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe o la influenza, una vez cada temporada de gripe o influenza en otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe o la influenza si son médicamente necesarias.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza/gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Vacunas (continuación) • Vacunas contra hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si usted está en riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.	Las vacunas contra la gripe, la neumonía, el COVID-19 y otras están disponibles en los puntos de venta de la red. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye la hospitalización aguda, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales con atención de largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es el último día de hospitalización. ☆Nuestro plan proporciona un número ilimitado de días de hospitalización médicamente necesarios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas incluyendo dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de atención especial (como unidad de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Materiales quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de operación y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por consumo de sustancias. • En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos una revisión de su caso por Parte de un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es un candidato para que le realicen un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera	Usted debe pagar el copago para pacientes internos por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que lo admiten en un hospital o centro de enfermería especializada. Este finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que usted haya recibido cuidado hospitalario o de enfermería calificada. Los copagos se reinician cuando comienza un nuevo período de beneficios. **Dentro de la red** Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Días 1 a 7: copago de $205 por día. Días 8 a 90: copago de $0 por día. Usted paga $0 por los días adicionales de hospitalización. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* *Excepto en una emergencia, su médico debe informarle en qué plan será admitido en el hospital.*

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) del área de cobertura. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitaria, usted podría elegir asistir a una ubicación local, siempre que los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tasa de Original Medicare. Si BCN Advantage Elements brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en dicha ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Se aplican limitaciones. Llame a BCN Advantage Elements para obtener más detalles. ☆ Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para que lo ingresen formalmente como paciente hospitalizado del hospital, *y BCN Advantage Elements debe autorizar la admisión*. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando paciente ambulatorio. Si no está seguro si usted es un paciente ambulatorio o un paciente hospitalizado, debe preguntarle al personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en Internet en **https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Si recibe atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de salud mental que requieran hospitalización. Existe un límite vitalicio de 190 días para servicios a pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es el último día de hospitalización.	Un período de beneficios comienza el día que lo admiten en un hospital o centro de enfermería especializada. Este finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que usted haya recibido cuidado hospitalario o de enfermería calificada. Los copagos se reinician cuando comienza un nuevo período de beneficios.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (continuación)	**Dentro de la red** Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Días 1 a 7: copago de $205 por día. Días 8 a 90: copago de $0 por día. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* *Excepto en una emergencia, su médico debe informarle en qué plan será admitido en el hospital.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Estadía de paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado. Si agotó sus beneficios como paciente hospitalizado o si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía. Sin embargo, en algunos casos cubriremos determinados servicios que reciba durante una estadía en el hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografías y terapia de radioisótopos, incluyendo materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano corporal interno con disfunción permanente o funcionando mal, incluidos los reemplazos o reparaciones de dichos dispositivos.	**Dentro de la red** Copago de $0 por los servicios profesionales para pacientes hospitalizados en un hospital de la red o SNF. Cubrimos servicios médicos; sin embargo, no cubrimos los cargos de las instalaciones de SNF. 20 % de coseguro para el costo de prótesis y órtesis externas de DME. El miembro debe obtener el DME del proveedor de DME de BCN, Northwood, al 1-800-667-8496, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Estadía de paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (continuación) • Aparatos ortopédicos para el cuello, la pierna, el brazo y la espalda; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio de la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Cuando estén fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Beneficio de comida Los miembros calificados que hayan sido seleccionados para formar parte de nuestro programa de administración de cuidados Blue Cross Coordinated Care℠ para miembros con necesidades especiales de salud y que hayan sido dados de alta de un hospital pueden ser elegibles para recibir un beneficio de comidas por dos semanas (14 días). Los miembros son elegibles para este beneficio durante el período de 30 días después de regresar a casa del hospital. Veintiocho (28) comidas se entregarán en su domicilio en un paquete refrigerado en dos envíos (14 comidas por envío). Las comidas pueden adaptarse a determinadas necesidades dietéticas. Para determinar si es elegible para el beneficio de comidas, se requiere una evaluación con su enfermera administradora de cuidados de Blue Cross. Los miembros pueden recibir hasta 28 comidas tras cada alta hospitalaria. No hay límite anual para el número de incidencias.	Copago de $0 para miembros calificados por 28 comidas durante 14 días de un proveedor de comidas aprobado por el plan.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no se someten a diálisis) o recibieron un trasplante de riñón cuando el médico lo ordenó. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que reciba los servicios de terapia de nutrición médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas por año después de eso. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, usted puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si usted necesita el tratamiento durante un año calendario adicional.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención de cambios de conductas de la salud estructurada que proporciona entrenamiento práctico en cambios de dieta a largo plazo, incremento en actividad física y estrategias de solución de problemas para retos venideros, para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de MDPP. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras usted esté recibiendo servicios médicos, hospitalarios para pacientes ambulatorios o de centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma mediante el uso de equipo médico durable (como un nebulizador) que hayan sido autorizados por el plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicación, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administra a sí mismo por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en el hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no se puede administrar solo el medicamento.	**Dentro de la red** Hasta un 20 % de coseguro para medicamentos de insulina; sin embargo, no más de $35 por suministro de insulina para un mes. Hasta un 20 % de coseguro para los medicamentos de quimioterapia. • Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior. Hasta un 20 % de coseguro para todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. • Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior. *Pueden aplicarse reglas de autorización y/o terapia de pasos.* El deducible del punto de servicio no se aplica a la insulina. Este plan no ofrece cobertura de medicamentos con receta médica. Los medicamentos de la Parte D no están cubiertos.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos tipos de medicamentos orales para el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que aparezcan nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos en el marco del sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades primarias de inmunodeficiencia en el hogar. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). El siguiente vínculo lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia de pasos o escalonada:	

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) www.bcbsm.com/amslibs/content/dam/public/providers/documents/ma-ppo-bcna-medical-drugs-prior-authorization.pdf. También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B.	
Crisis móvil y estabilización de crisis para la salud conductual Solo para los miembros que residen en los condados de **Allegan, Antrim, Barry, Benzie, Berrien, Branch, Calhoun, Clinton, Eaton, Emmet, Genesee, Grand Traverse, Gratiot, Hillsdale, Ingham, Ionia, Isabella, Jackson, Kalamazoo, Kent, Lake, Lapeer, Leelanau, Lenawee, Livingston, Macomb, Manistee, Mason, Mecosta, Midland, Missaukee, Monroe, Montcalm, Muskegon, Newaygo, Oakland, Oceana, Osceola, Otsego, Ottawa, St. Clair, St. Joseph, Van Buren, Washtenaw, Wayne** y **Wexford**. Mobile Mental Health Crisis Solutions mejorará la atención a las personas en crisis, idealmente para prevenir niveles de atención más elevados. Los servicios incluyen servicios en el lugar, intervención móvil en caso de crisis por telesalud o cara a cara, junto con estabilización en caso de crisis. Los servicios también incluyen centros de estabilización de crisis, donde los clínicos proporcionan evaluación, diagnóstico, planificación del tratamiento, inicio del tratamiento, exámenes de laboratorio y otras intervenciones similares a los servicios de observación médica/quirúrgica. La intervención móvil corre a cargo de un equipo de intervención en casos de crisis dirigido por trabajadores sociales que pueden obtener consultas de psicólogos o psiquiatras de consulta. Los servicios móviles de crisis en el lugar pueden incluir la evaluación, el diagnóstico, la intervención psicoterapéutica a corto plazo en crisis, ya sea cara a cara o a través de la telesalud, la consulta de medicación y el triaje al nivel adecuado de atención. Para obtener más información o encontrar un proveedor cerca de usted, visite **www.bcbsm.com/mentalhealth** o póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de su plan Medicare Advantage.	**Dentro de la red** Copago de $20 por crisis móvil y estabilización en caso de crisis para la salud conductual.
Pruebas de detección y terapia preventiva de la obesidad para promover la pérdida de peso prolongada Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, damos cobertura a la asesoría intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección y terapia preventiva de la obesidad para promover la pérdida de peso prolongada (continuación) cubierta si la obtiene en un ambiente de atención primaria, donde puede ser coordinada con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	para pruebas de detección y terapia preventiva de la obesidad. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con tratamiento para 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: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA). • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias. • Terapia individual o grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	**Dentro de la red** Copago de $0 por los servicios del programa de tratamiento de opiáceos cubiertos por Medicare.
Exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isotopo), incluidos los materiales y suministros del técnico. • Materiales quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones. • Exámenes de laboratorio. Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias, incluida la prueba de COVID-19	**Dentro de la red** Copago de $20 para servicios radiológicos de baja tecnología y radiografías de baja tecnología cubiertos por Medicare. Copago de $100 por servicios radiológicos de alta tecnología y radiografías de alta tecnología cubiertos por Medicare. Copago de $25 por servicios de radiología terapéutica ambulatoria cubiertos por Medicare. Copago de $0 para suministros quirúrgicos.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos (continuación) • Servicios de radiología de alta tecnología (por ejemplo, tomografías computarizadas, ecocardiografías, angiografías por resonancia magnética, imágenes por resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones o medicina nuclear).	20 % de coseguro por suministros médicos, como férulas y yesos Copago de $0 para la prueba de COVID-19. Copago de $0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare prestados en un laboratorio participante de Joint Venture Hospital Lab (JVHL). Copago de $0 por sangre. Copago de $20 por pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se dan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare, y estos deben ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o para ordenar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital *y BCN Advantage Elements autorice la admisión*, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando paciente ambulatorio. Si usted no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	**Dentro de la red** Copago de $0 por servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare. Si recibe atención en observación junto con una visita a urgencias, puede aplicarse el copago de urgencias. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) Puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en Internet en **https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se reciben en el departamento de atención ambulatoria del hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital. • Servicios de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no brindarse este servicio, usted requeriría tratamiento como paciente hospitalizado. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo.. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital *y BCN Advantage Elements autorice la admisión*, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando paciente ambulatorio. Si usted no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en Internet en **https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Dentro de la red** Copago de $200 por servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare. Coseguro del 20 % para los suministros médicos cubiertos por Medicare, incluidos los yesos y las férulas. Los consultorios médicos o ambulatorios que son propiedad de hospitales y gestionadas por éstos (conocidas como consultorios hospitalarios) pueden costarle más. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios médicos cubiertos incluyen: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT), enfermera profesional, asistente médico u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.	**Dentro de la red** Copago de $20 por cada visita de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos ambientes, como departamentos de hospital para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y en Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF).	**Dentro de la red** Copago de $30 por visita para las visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla cubiertas por Medicare. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias incluyen asesoramiento, desintoxicación, pruebas médicas y evaluación diagnóstica.	**Dentro de la red** Copago de $35 por cada servicio individual o grupal para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que brindan los hospitales para pacientes ambulatorios y los centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital *y BCN Advantage Elements autorice la admisión*, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando paciente ambulatorio.	**Dentro de la red** Copago de $0 por servicios de artroplastia de rodilla y cadera cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. Copago de $100 por cada intervención quirúrgica ambulatoria cubierta por Medicare en un

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que brindan los hospitales para pacientes ambulatorios y los centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	centro quirúrgico ambulatorio. Copago de $200 por cada intervención quirúrgica en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida la cirugía dental. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Los consultorios ambulatorias propiedad de hospitales y gestionadas por éstos (conocidas como consultorios hospitalarios) pueden costarle más. Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
☆ **Asignación de venta libre (OTC): Advantage Dollars** Los artículos de venta libre (OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta médica. Este beneficio cubre determinados medicamentos de venta libre aprobados y artículos relacionados con la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, antiácidos, pastillas para la tos, adhesivo para dentaduras postizas, gotas oftálmicas, analgésicos, pasta dentífrica y artículos de primeros auxilios. Además del beneficio de venta libre, los miembros que reúnan los requisitos podrán utilizar su asignación para comprar alimentos saludables. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Asignación para alimentos*.	Recibe $50 por trimestre. Recibirá una tarjeta Advantage Dollars para comprar medicamentos de venta libre aprobados y artículos relacionados con la salud en los comercios participantes. Se agrega una asignación cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre). Los importes no utilizados no se trasladarán al siguiente trimestre ni al siguiente año calendario. El último día para gastar los dólares de la asignación es el 31 de diciembre de 2025 y el dinero

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
☆ **Asignación de venta libre (OTC): Advantage Dollars (continuación)**	de la asignación que no se haya gastado no se transferirá a 2026. Hay cuatro maneras de utilizar su beneficio: 1. **En la tienda.** Recibirá una tarjeta Advantage Dollars por correo. Puede utilizar esta tarjeta para comprar muchos artículos corrientes en comercios locales. Puede encontrar una lista completa de minoristas aprobados por el plan en línea en **www.bcbsm.com/medicareotc**. 2. **En línea.** Visite **www.bcbsm.com/medicareotc** y siga las instrucciones para realizar el pedido utilizando el catálogo en línea. Los artículos se le enviarán por correo. 3. **Correo postal.** Puede solicitar un catálogo impreso y un formulario de pedido llamando al 1-855-856-7878, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. hora del este (TTY: 711), de lunes a viernes. Complete y envíe el formulario de pedido. Los artículos se le enviarán por correo. 4. **Teléfono.** Seleccione los artículos utilizando el catálogo impreso o en línea y llame al 1-855-856-7878, de

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
☆ **Asignación de venta libre (OTC): Advantage Dollars (continuación)**	8:00 a. m. a 11:00 p. m. hora del este, de lunes a viernes (TTY: 711), de lunes a viernes. Los artículos se le enviarán por correo. Nota: Todas las compras deben realizarse a través de minoristas aprobados por el plan.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como un servicio hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se brinda en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	**Dentro de la red** Copago de $55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Los servicios médicamente necesarios o quirúrgicos proporcionados en el consultorio del médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios del hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de la audición y del equilibrio, proporcionados por su médico de atención primaria o especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico. ☆ Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: servicios de médicos	**Dentro de la red** Copago de $0 por visitas al médico de atención primaria cubiertas por Medicare. Copago de $35 por cada visita al especialista para beneficios cubiertos por Medicare. Copago de $0 por intervenciones quirúrgicas cubiertas por Medicare y realizadas por un médico en

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico (continuación) de atención primaria y sesiones individuales para servicios especializados de salud mental. ◦ Usted tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una visita en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio de telesalud. ◦ Como parte de su plan Medicare Advantage, ofrecemos atención virtual segura. La atención virtual le ofrece atención urgente y de salud conductual a través de su teléfono, tablet o computadora desde cualquier lugar de Estados Unidos. Las visitas virtuales de atención urgente de médicos estadounidenses colegiados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de cita previa. Las visitas virtuales de salud conductual están disponibles previa cita con proveedores de salud conductual autorizados, como terapeutas, consejeros y psiquiatras certificados por la junta de EE. UU. Virtual Care está disponible a través de Teladoc Health®, una empresa independiente y nuestro proveedor aprobado por el plan. Este servicio es independiente de la atención virtual que pueda ofrecer su médico personal. ◦ También puede utilizar Teladoc Health® para acceder a servicios de telesalud. Visite **www.bcbsm.com/virtualcare** para obtener más información o llame al 1-800-835-2362, disponible las 24 horas del día, los 7 días a la semana, los 365 días al año. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-636-1578. ◦ Citas médicas generales urgentes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año (por ejemplo, dolor de garganta, fiebre, etc.). ◦ Las citas de salud mental están disponibles los 7 días de la semana, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m. hora local. ◦ Los proveedores se pondrán directamente en contacto con los miembros. Las citas no se realizan a través del número 800 indicado más arriba. • Algunos servicios de telesalud, entre ellos, consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional para pacientes en algunas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario.	el consultorio de un proveedor de atención primaria. Copago de $35 por intervenciones quirúrgicas cubiertas por Medicare y realizadas por un médico en el consultorio de un especialista. Copago de $0 por cada visita médica del médico de atención primaria por telesalud a través de un proveedor aprobado por el plan. Copago de $0 por cada visita de salud mental a través de un proveedor aprobado por el plan. Copago de $200 por cada intervención quirúrgica en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida la cirugía dental. Los consultorios médicos o ambulatorios que son propiedad de hospitales y gestionadas por estos (conocidos como consultorios hospitalarios) pueden costarle más. Si se realiza un procedimiento quirúrgico o diagnóstico durante una visita al consultorio, estos procedimientos se consideran diagnósticos y usted será responsable de los costos a su cargo del servicio quirúrgico cubierto por Medicare, además del copago de la visita al consultorio. *Pueden aplicarse reglas de autorización.*

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico (continuación) o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de derrame cerebral, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental coexistente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Tiene una visita en persona en los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente. • Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico por 5 a 10 minutos **sí:** ◦ Usted no es un paciente nuevo **y** ◦ La revisión no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ◦ La revisión no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o a la cita más próxima disponible • Evaluación de video y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **sí:** ◦ Usted no es un paciente nuevo **y** ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ◦ La evaluación no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o a la cita más próxima disponible • Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de un proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas,	Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico (continuación) la fijación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando lo proporciona un médico)	
Servicios de podiatría Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolón calcáneo). • Atención de rutina del pie para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. Nota: Para los servicios que no sean visitas al consultorio del especialista, consulte las siguientes secciones de esta tabla de beneficios para conocer el costo compartido del miembro: • Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas al médico • Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que brindan los hospitales para pacientes ambulatorios y los centros quirúrgicos ambulatorios	**Dentro de la red** Copago de $35 por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Su médico puede cobrarle un copago quirúrgico ambulatorio por el corte de las uñas de los pies. *Pueden aplicarse reglas de autorización.*
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años de edad y mayores, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: una vez cada 12 meses: • Examen digital rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático específico o un tacto rectal. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (excepto los dentales) que sustituyen todo o parte del cuerpo o una función de este. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o formación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y materiales directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, prótesis de miembros y prótesis mamarias (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación y/o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. Además incluye algo de cobertura posterior	**Dentro de la red** Coseguro del 20 % del importe aprobado para las prótesis cubiertas por Medicare. Coseguro del 20 % del importe aprobado para los suministros médicos cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados (continuación) a cirugía eliminación de cataratas o cirugía de cataratas. Si desea obtener más detalles, consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección. La cobertura de prótesis y órtesis se limita a equipos básicos. El equipo de lujo o mejorado debe ser médicamente necesario y requiere autorización previa para la cobertura. Los estilos, colores y materiales personalizados no están cubiertos.	El miembro debe obtener prótesis y órtesis del proveedor de P&O de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Cuando estén fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave, y una orden para admitirlo para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	**Dentro de la red** Copago de $0 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Servicios de salud en clínicas de comercios Cubrimos las visitas a las clínicas de salud sin cita previa **contratadas por el plan** (situadas en una farmacia) para problemas de salud menores que requieren atención rápida, pero que no son de urgencia, como dolor de garganta, dolor de oídos, quemaduras solares, esguinces y torceduras, y retirada de suturas.	**Dentro de la red** Copago de $35 por los servicios prestados en una clínica de salud de comercio.
Pruebas de detección y asesoría para reducir el uso indebido de alcohol Cubrimos 1 prueba de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) para personas que usan mal el alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de la prueba de detección cubierta por Medicare ni por la asesoría para reducir el consumo abusivo del alcohol.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección y asesoría para reducir el uso indebido de alcohol (continuación) Si su prueba por el uso indebido del alcohol es positiva, puede obtener hasta 4 breves sesiones personales de orientación por año (si usted está competente y alerta durante la orientación) proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o un profesional en un ambiente de atención primaria.	Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis bajas (LDCT) Para personas que califican, una LDCT se cubre cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de fumar tabaco de al menos 20 paquetes-años o que actualmente fuman o dejaron de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben una orden para LDCT durante una asesoría de chequeo de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y se proporcionan por un médico o profesional de la salud no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón por LDCT después del chequeo LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden para la detección de cáncer de pulmón por LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional de la salud no médico calificado. Si un médico o profesional de la salud no médico calificado elige proporcionar una asesoría de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la asesoría y visita de toma de decisión compartida cubiertas por Medicare o para la LDCT. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir las ITS Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que corren mayor riesgo de una ITS cuando un proveedor de atención primaria ordena las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de 20 a 30 minutos intensivas y personalizadas de orientación de conducta cada año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Solo cubrimos	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoría de ITS cubiertos por Medicare para prevenir las ITS. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir las ITS (continuación) estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y son llevadas a cabo en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Servicios de educación para enfermedades de los riñones para enseñar el cuidado de los riñones y para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. En el caso de los miembros que tienen una enfermedad renal crónica en etapa IV y reciben una derivación de su médico, cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades de los riñones de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentren temporalmente fuera del área, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial). • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para que examinen su diálisis en el hogar, lo ayuden en emergencias y examinen su equipo de diálisis y el suministro de agua, cuando sea necesario). Algunos medicamentos para diálisis se cubren con el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura para medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.**	**Dentro de la red** 20 % de coseguro por tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare. Copago de $0 por servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10 de este documento. Los centros de enfermería especializada, en ocasiones, se denominan SNF). No se requiere estadía previa en el hospital. La atención en un centro de enfermería especializada comienza el día en que ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día	Se cubren 100 días por período de beneficios. Un "período de beneficios" comienza el día que lo admiten en un hospital o centro de enfermería especializada. Este finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que usted haya recibido cuidado hospitalario o de enfermería calificada.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Continuación) antes de que le den de alta es el último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Una habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se encuentran presentes naturalmente en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). ☆ Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Los suministros médicos y quirúrgicos que brindan normalmente los SNF. • Las pruebas de laboratorio que, normalmente, se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que, normalmente, se realizan en los SNF. • El uso de accesorios, como sillas de ruedas, que normalmente se proveen en los SNF. • Servicios médicos. Por lo general, usted recibe su atención de los SNF en los establecimientos de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pague un costo compartido de la red por la atención en un centro que no pertenece a un proveedor de la red del plan si este proveedor acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un hogar de ancianos o un centro de atención continua para jubilados donde usted estaba viviendo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando se brinde atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital.	**Dentro de la red** Días 1 a 20: Copago de $0 por día Días 21 a 100: Copago de $214 por día *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Consulte la tabla de exclusiones al final de esta tabla de beneficios médicos para obtener más información.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Dejar de fumar y consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos 2 intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta 4 visitas personales.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.
Dejar de fumar y consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación) Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos 2 intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento de orientación incluye hasta 4 visitas personales	Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Asignación para alimentos y cultivos • Los miembros con determinados problemas de salud pueden utilizar su asignación trimestral de Advantage Dollars para comprar alimentos aprobados. Este beneficio solo estará disponible para los miembros identificados por el plan que hayan sido diagnosticados con: ◦ Artritis; ◦ Trastornos autoinmunitarios (poliarteritis nodosa, polimiositis reumática, polimiositis, lupus eritematoso sistémico); ◦ Cáncer (excluyendo afecciones previas al cáncer o estado in situ); ◦ Arritmias cardíacas; ◦ Dependencia crónica del alcohol y/o de otras drogas; ◦ Trastornos cardiovasculares crónicos (enfermedad arterial coronaria [EAC], vascular periférica, trastorno tromboembólico venoso crónico); ◦ Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes; ◦ Insuficiencia cardíaca crónica; ◦ Trastornos pulmonares crónicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]); ◦ Demencia; ◦ Diabetes; ◦ Enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis; ◦ VIH/SIDA; ◦ Hipertensión; ◦ Trastornos neurológicos; ◦ Prediabetes;	Recibe $50 por trimestre. Su cuenta OTC se cargará automáticamente con el monto mencionado anteriormente los días 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. Los importes no utilizados no se trasladarán al próximo trimestre o al próximo año calendario.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
☆ **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)** ○ Trastornos hematológicos graves (es decir, anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, anemia falciforme [excluyendo tener el rasgo falciforme], trastorno tromboembólico venoso crónico); ○ Y/o accidente cerebrovascular. • **Nota:** Este beneficio funciona con la asignación de Advantage Dollars para medicamentos de venta libre (OTC) y está limitada al importe máximo de la asignación OTC. Para más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1: Asignación de venta libre (OTC): Advantage Dollars para obtener más información.	
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La terapia de ejercicios supervisados (SET) está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una derivación para SET del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir de sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado para garantizar que los beneficios excedan los daños, y que esté entrenado en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	**Dentro de la red** Copago de $0 por cada servicio de terapia de ejercicios supervisados cubierto por Medicare.
☆ **Servicios de transporte** Todos los miembros son elegibles para 1 viaje de ida y vuelta por año calendario a un examen físico anual dentro del estado de Michigan, sin necesidad de derivación.	Copago de $0 por transporte para un viaje de ida y vuelta a un examen físico anual por año calendario dentro del

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de transporte (continuación) Para organizar el transporte, llame al 1-888-617-0468 de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. hora del este, de lunes a sábado. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame con 48 horas de antelación para programar el transporte. Para los miembros calificados que residen en los condados de **Wayne**, **Oakland**, **Macomb** y **Washtenaw** solamente, el transporte médico no urgente está cubierto hasta 28 días después del alta hospitalaria. • Los miembros calificados que fueron seleccionados para Blue Cross Coordinated Care℠, nuestro programa de administración de atención para miembros con necesidades especiales de salud, pueden ser elegibles para transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) proporcionado por un proveedor de transporte aprobado por el plan a citas médicas, fisioterapia, una farmacia u otros lugares aprobados por el plan. • Su administrador de atención debe organizar su transporte con el proveedor de transporte aprobado por el plan.	estado de Michigan; no se necesita derivación. Copago de $0 para miembros que reúnan los requisitos y residan en los condados de Wayne, Oakland, Macomb y Washtenaw; el transporte médico no urgente está cubierto hasta 28 días después del alta hospitalaria.
Servicios necesarios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una urgencia es un servicio necesario urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, aunque se encuentre dentro del área de servicio del plan, no es razonable, teniendo en cuenta su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle solo los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias a un proveedor, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente. Tiene cobertura de asistencia médica urgente en todo el mundo. BCN Advantage tiene una cobertura limitada de servicios de atención médica fuera de EE. UU.	Copago de $45 por servicios de urgencia cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia. Copago de $0 por servicios de urgencia cubiertos por Medicare en el consultorio de un médico de atención primaria. Existe un límite vitalicio combinado de $50 000 que se aplica tanto a la atención médica urgente como a la de emergencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista Los servicios médicos cubiertos incluyen: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que están en alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos 1 examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Los lentes/marcos para lentes correctivos (y las sustituciones) que son necesarios después de una extracción de cataratas sin un lente de implante.	**Dentro de la red** **Servicios de la vista cubiertos por Medicare** Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares Copago de $0 por examen del médico de atención primaria Copago de $0 por examen de retinopatía diabética Copago de $35 por examen de especialista Copago de $0 para pruebas de detección de glaucoma Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una operación de cataratas. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo. **Atención de la vista mejorada** Copago de $0 por hasta un examen de la vista de rutina una vez cada año calendario. Copago de $0 por lentes de contacto electivos o un marco una vez cada año calendario. El beneficio de anteojos proporciona un beneficio máximo de $150 dentro de la red una vez por año calendario y puede utilizarse para (a) lentes de contacto electivos o (b) 1 marco.
Servicios de la vista mejorados* Es elegible para 1 examen rutinario de la vista una vez cada año calendario. También es elegible para 1 de los siguientes, una vez cada año calendario: • Lentes de contacto electivos O • Un par de anteojos estándar O • Un marco O • Un par completo de anteojos Cada año calendario se concede una asignación por: • Lentes de contacto electivos O • Un marco	

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación) En el caso de un par completo de anteojos, la asignación solo puede utilizarse para el marco. Los lentes para anteojos estándar están cubiertos en su totalidad una vez cada año calendario. Si se opta por lentes de contacto electivos, están cubiertos hasta la asignación máxima de visión. Los proveedores de VSP Vision Care representan la red de la vista del plan. La atención de la vista de rutina debe ser brindada por un proveedor de VSP para que los servicios se consideren dentro de la red. Para localizar un proveedor de VSP Choice Network, visite **www.vsp.com** o llame al 1-877-365-5430 de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del este, de lunes a domingo. Las personas con discapacidad auditiva deben llamar al 711.	Los lentes para anteojos estándar están cubiertos en su totalidad una vez cada año calendario. Consulte también el Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar, para conocer los servicios de la vista adicionales no cubiertos por Medicare disponibles a través de este plan por una prima mensual adicional.
Visita preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita preventiva por una sola vez *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección [o vacunas]), y derivaciones para otra atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva Bienvenido a Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, pueden aplicar otros costos a su cargo.
Cobertura de emergencia en todo el mundo Si necesita atención médica cuando se encuentra fuera de Estados Unidos y sus territorios, solo tiene cobertura para servicios de urgencia, servicios necesarios de urgencia y transporte de urgencia. En general, la atención de salud que recibe mientras viaja fuera de Estados Unidos y sus territorios se limita a: • Servicios necesarios de urgencia (servicios que necesita para evitar la probable aparición de una afección médica de urgencia). • Atención de urgencia (tratamiento necesario de inmediato porque cualquier retraso supondría un riesgo de daño permanente para su salud). • Tiene cobertura para el transporte de urgencia en todo el mundo (transporte necesario inmediatamente porque	Copago de $125 por cada visita al servicio de emergencia en todo el mundo. Copago de $45 por cada visita de servicio de atención urgente en todo el mundo. Copago de $300 por cada viaje de ida para transporte de urgencia en todo el mundo. Existe un límite vitalicio combinado de $50 000 que se aplica tanto a la atención médica urgente como a la de emergencia

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
☆ **Cobertura de emergencia en todo el mundo (continuación)** un retraso supondría un riesgo de daño permanente para su salud). **Servicios no cubiertos durante un viaje fuera de Estados Unidos y sus territorios** • Por ley federal, BCN Advantage no puede cubrir los medicamentos con receta que adquiera fuera de Estados Unidos y sus territorios. • Diálisis de mantenimiento. **Servicios en un crucero** • No cubrimos los servicios médicos que se presten fuera de las aguas territoriales de Estados Unidos. • No podemos cubrir la diálisis en un crucero, independientemente del lugar donde se encuentre, porque un crucero nunca es un centro de diálisis certificado por Medicare.	y al transporte de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios. BCN Advantage tiene una cobertura limitada de servicios de salud fuera de Estados Unidos y sus territorios. Puede optar por contratar un seguro de viaje para obtener más cobertura.

Beneficio de punto de servicio

Beneficio de punto de servicio **Servicios que tiene cubiertos**	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
☆ **Dentro de Estados Unidos, incluidos el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.** Si necesita atención médica cuando se encuentra fuera de Michigan, pero dentro de Estados Unidos, nuestro beneficio de punto de servicio (ofrecido a través de la red nacional de proveedores del plan Blue por medio de la Blue Cross and Blue Shield Association) le permite recibir atención de rutina y de seguimiento, según sea necesario, de proveedores que participan con los planes Blue. En la mayoría de los casos, no cubrimos el equipo médico duradero, los servicios de laboratorio y los medicamentos especializados proporcionados por proveedores de fuera del estado, a menos que el miembro viaje fuera de Michigan.	Cuando utilice la prestación de la red nacional de proveedores del Plan Blue, el costo compartido aplicable será el mismo que el descrito en la Tabla de beneficios médicos anterior. Se aplicará un deducible de $500 en el punto de servicio. **El importe del copago del especialista se aplica tanto a las visitas al proveedor de atención primaria como a las visitas al especialista fuera del área de servicio de su red.**

Beneficio de punto de servicio **Servicios que tiene cubiertos**	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
☆ **Dentro de Estados Unidos, incluidos el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte. (continuación)** No cubrimos los servicios de transporte fuera del estado no cubiertos por Medicare. No cubrimos las visitas a clínicas de salud minoristas como beneficio de punto de servicio.	El costo del servicio, en el que se basa su responsabilidad (copago/coseguro), es la cantidad permitida por Medicare para los servicios cubiertos. Si sabe que necesitará atención médica cuando esté de viaje, debe coordinar la atención con su proveedor de atención primaria antes de viajar fuera del estado. *Pueden aplicarse reglas de autorización.* Los únicos servicios que cubrimos siempre sin autorización son las urgencias médicas y los servicios de urgencia. La atención recibida a través de nuestra red nacional de proveedores Blue Plan se tendrá en cuenta para el desembolso directo máximo. **Para localizar médicos, centros, laboratorios** y **proveedores de equipos médicos duraderos participantes** fuera de Michigan, llame al 1-800-810-2583, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Sección 2.2 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman **Beneficios complementarios opcionales.** Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y podría tener que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos al mismo proceso de presentación de apelaciones como cualquier otro beneficio.

Los copagos y coseguros de los beneficios complementarios opcionales no cuentan para el desembolso directo máximo de su deducible.

Puede agregar beneficios complementarios opcionales durante un período de inscripción válido utilizando el formulario de inscripción de BCN Advantage o a través del proceso de inscripción en línea.

Para suspender los beneficios complementarios opcionales, envíe una solicitud por escrito a:

BCN Advantage
Mail Code J208
P.O. Box 441010
Detroit, MI 48244-1010

Si ya está inscrito en los beneficios complementarios, no es necesario que se vuelva a inscribir. Seguirá inscrito en el paquete complementario opcional que eligió anteriormente y sus beneficios continuarán desde el año anterior. Si no abona la prima complementaria opcional, se le dará de baja de la cobertura complementaria opcional. Los beneficios interrumpidos finalizan el último día del mes. Dado que no hay rescisión retroactiva, no se reembolsan las primas del beneficio complementario opcional. Si decide suspender el beneficio, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción para volver a inscribirse.

Beneficios complementarios opcionales

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prima mensual combinada para los beneficios dentales y oftalmológicos	$20.50
Deducible	$0
Paquete dental complementario opcional Cubrimos los siguientes servicios dentro y fuera de la red: Códigos cubiertos: • Incrustaciones (una vez cada 84 meses): D2542-D2544, D2642-D2644, D2662-D2664 • Cirugía periodontal (1 por cuadrante cada 36 meses): D4210-D4211, D4240-D4241, D4245, D4249,	El beneficio proporciona un máximo anual de $1500 (además del beneficio mejorado de servicios dentales por un total de $3000) para servicios dentales combinados dentro y

Paquete dental complementario opcional (continuación) D4260-D4261, D4263-D4264, D4268-D4278, D4283, D4285

- Periodoncia - desbridamiento de toda la boca (1 cada 60 meses): D4355
- Periodoncia: administración localizada de agentes antimicrobianos (1 por diente, 3 por cuadrante, 12 en total cada 12 meses): D4381
- Periodoncia - (cambio de apósitos según sea necesario): D4920
- Dentaduras postizas (una vez por arco cada 84 meses): D5110-D5140, D5211-D5286
- Ajustes de dentaduras postizas (1 cada 84 meses/por diente o arco): D5410-D5422. No en los 6 meses siguientes a la colocación.
- Reparaciones de dentaduras postizas (1 cada 84 meses/por diente o arco): D5511-D5520, D5611-D5671. No en los 6 meses siguientes a la colocación.
- Revestimientos de dentaduras postizas (una vez por arco cada 36 meses): D5730-D5761, D5765
- Rebase de dentaduras postizas (una vez por arco cada 36 meses): D5710-D5725
- Puentes/coronas de implantes (una vez por diente cada 84 meses): D6058-D6077, D6082-D6084, D6086-D6088, D6097-D6099, D6120-D6123, D6194-D6195, D6205-D6252, D6710-D6794
- Reparación de puentes: D6980
- Implantes (1 por diente de por vida): D6010, D6056, D6057
- Mantenimiento y reparación de implantes (1 por diente cada 60 meses): D6080, D6090, D6095, D6096, D6100
- Anestesia (hasta 5 unidades en la misma fecha de servicio): D9222, D9223, D9239, D9243
- Exámenes de consulta (3 por año calendario): D9310, D9410, D9420, D9430, D9440

Los códigos dentales que identifican los servicios cubiertos pueden estar actualizados por la American Dental Association.

fuera de la red por año calendario.

Dentro de la red

Dentista de la red PPO de Medicare Advantage (Nivel 1)

Además de los servicios odontológicos descritos en el Capítulo 4, Sección 2.1:

25 % de coseguro para:

- Incrustaciones
- Periodoncia
- Dentaduras postizas (incluidos ajustes, reparaciones, revestimientos/rebase)
- Implantes (incluido el mantenimiento y las reparaciones)
- Anestesia
- Exámenes de consulta

Para obtener los beneficios dentro de la red, debe recibir los servicios dentales complementarios opcionales de un dentista Blue Dental Medicare Advantage dentro de la red (Nivel 1).

Para encontrar un dentista, visite **www.mibluedentist.com** y busque dentistas dentro de la red de Medicare Advantage (BCBSM y BCN Advantage) en la sección del Nivel 1 o comuníquese con Servicio al Cliente.

Fuera de la red (dos opciones)

1. Dentistas participantes del nivel 2 de Blue Par Select:

Paquete dental complementario opcional (continuación)	Usted paga el 50 % del monto aprobado por servicios cubiertos Un proveedor que acepte participar como dentista de nivel 2 no puede cobrarle la diferencia entre el importe permitido y el cobrado y presentará la reclamación en su nombre. Para encontrar un dentista de Blue Par Select, visite **www.mibluedentist.com** y busque dentistas dentro del acuerdo de Blue Par Select (participación por reclamación). en la sección del nivel 2 o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Confirme siempre que el dentista acepta Medicare Advantage. 2. Dentista no participante: Usted paga el 50 % del monto permitido para los servicios permitidos más cualquier diferencia entre el monto permitido y el monto cobrado. Pagará más por

Paquete dental complementario opcional (continuación)	los servicios de un dentista no participante. Debe pagarle directamente al dentista el monto completo que cobra. El dentista puede presentar la reclamación en su nombre y se le enviará el pago de esta. Si el proveedor no presenta la reclamación, tendrá que presentarla usted para obtener el reembolso.
Paquete de la vista complementario opcional También es elegible para una de las siguientes una vez por año calendario: • Lentes de contacto electivos O • Un par de anteojos estándar O • Un marco O • Un par completo de anteojos Una asignación cada año calendario para: • Lentes de contacto electivos O • Un marco En el caso de un par completo de anteojos, la asignación para la vista solo se aplica al marco. Si se opta por lentes de contacto electivos, son ilimitados hasta la asignación máxima de visión. Si se opta por lentes de anteojos estándar o un par completo de anteojos, los lentes tienen las opciones de lentes de policarbonato y revestimiento antirreflejante. Es posible que pague importes a su cargo más elevados si recibe servicios de proveedores fuera de la red. Los proveedores de VSP Vision Care representan la red de la vista del plan. La atención de la vista de rutina debe ser brindada por un proveedor de VSP para que los servicios se consideren dentro de la red. Para localizar un proveedor de VSP Choice Network	**Dentro de la red** Dispone de una asignación que puede utilizar para lentes de contacto electivos o para 1 marco. El beneficio opcional de anteojos proporciona un combinado de $250 dentro y fuera de la red (además del beneficio mejorado de la vista por un total de $400) una vez cada año calendario y puede utilizarse para (a) lentes de contacto electivos o (b) un marco. Los lentes para anteojos estándar están cubiertos en su totalidad una vez cada año calendario. Consulte la sección Beneficio de atención de la vista en la Tabla de beneficios médicos (Sección 2.1) anterior para

Paquete de la vista complementario opcional (continuación) visite **www.vsp.com** o llame al 1-877-365-5430 de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del este, de lunes a domingo. Las personas con discapacidad auditiva deben llamar al 711.

conocer la cobertura de la vista incluida en su plan.

Fuera de la red

El beneficio de anteojos opcionales proporciona (además del beneficio de la vista mejorado) un beneficio máximo combinado dentro y fuera de la red con un coseguro del 50 % hasta $250 una vez cada año calendario y se puede utilizar para (a) lentes de contacto electivos o (b) un marco

Los lentes de anteojos estándar se reembolsan con un coseguro del 50 % hasta los importes permitidos una vez cada año calendario como parte del beneficio de la vista mejorado.

Los exámenes se reembolsan al 50 % de coseguro hasta los importes permitidos. Los exámenes de la vista rutinarios se limitan a una vez cada año calendario.

Para los servicios fuera de la red, es posible que tenga que pagar los costos por adelantado y solicitar el reembolso.

Los beneficios complementarios opcionales para la vista se proporcionan además de los beneficios mejorados para la vista en su plan. Se aplican límites de frecuencia.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos únicamente bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si usted recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, aún no están cubiertos los servicios excluidos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 7, Sección 5.3 de este documento).

Servicios que no tienen cobertura de Medicare	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	**Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas**
Acupuntura		Disponible para personas con lumbalgia crónica en determinadas circunstancias.
Rehabilitación cardiaca, programas de fase III (Para obtener información sobre otros programas de rehabilitación cardiaca, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, y el Capítulo 10, Definiciones de palabras importantes).	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Cirugía o procedimientos cosméticos		Cubiertos en casos de una lesión causada por un accidente o para el mejoramiento de la función de un miembro del cuerpo con deformaciones. Cobertura para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para lograr un aspecto simétrico.

Servicios que no tienen cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Atención de custodia Atención de custodia es la atención de personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda en las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Implantes dentales		Cubierto solo cuando seleccione el paquete de beneficios complementarios opcionales descrito en el Capítulo 4, Sección 2.2
Radiografías panorámicas dentales	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Servicios dentales no descritos en la sección Servicios dentales de la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1 (a menos que elija uno de los paquetes de beneficios complementarios opcionales descritos en la Sección 2.2).		Cubierto solo cuando seleccione el paquete de beneficios complementarios opcionales descrito en el Capítulo 4, Sección 2.2
Equipos médicos duraderos, servicios de laboratorio y medicamentos especializados proporcionados por proveedores de fuera del Estado.		Puede estar cubierto si el miembro viaja fuera de Michigan.
Procedimientos o servicios de mejora voluntarios u optativos (incluidos pérdida de peso, crecimiento de cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, propósitos cosméticos, rendimiento antienvejecimiento y mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.		Cuando se considere necesario y esté cubierto por Original Medicare.

Servicios que no tienen cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		Puede estar cubierto por Original Medicare en el marco de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos por atención por Parte de sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Baterías, reparaciones, ajustes o reconfiguraciones de audífonos.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Comidas a domicilio		Consulte “Beneficio de comidas” en el Capítulo 4, Sección 2.1 de la Tabla de beneficios médicos.
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda en el hogar, incluidas tareas domésticas menores o preparación de comidas livianas.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Atención dental que no sea de rutina		La atención dental necesaria para el tratamiento de enfermedad o lesión puede estar cubierta como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.

Servicios que no tienen cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética de los pies.
Artículos personales de su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Recetas extendidas por prescriptores sujetos a nuestra política de bloqueo de prescriptores.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Para obtener más información, consulte la definición de Política de bloqueo de prescriptores en el Capítulo 10.		
Servicios de enfermería privada.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto únicamente cuando sea médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos de corrección visual.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. Otros servicios descritos en la sección Servicios quiroprácticos de la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.
Atención de rutina de los pies		Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con los lineamientos de Medicare, por ejemplo, si usted padece diabetes.

Servicios que no tienen cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios de acuerdo con los estándares de Original Medicare	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Servicios de proveedores que aparecen en la Lista de exclusión de CMS. *Para obtener más información, consulte la definición de Lista de exclusión de CMS en el Capítulo 10.*	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Servicios que reciba de proveedores que no pertenezcan a la red y que no hayan sido concertados o aprobados previamente por BCN Advantage.		Atención de una emergencia médica y servicios necesarios de urgencia en todo el mundo Servicios de diálisis renal (riñón) que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra dentro de los Estados Unidos y sus territorios y temporalmente fuera del área de servicio de BCN Advantage. Ciertos servicios recibidos cuando se viaja fuera de Michigan pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios, cuando se organizan a través de la red nacional de Proveedores de Blue Plan.
Servicios que recibe sin derivación de su PCP, cuando se requiere una derivación de su PCP para ese servicio.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Servicios que recibe sin autorización previa de BCN Advantage, cuando se requiere autorización previa de BCN Advantage para ese servicio.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	

Servicios que no tienen cobertura de Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética de los pies. Consulte también “Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos” en el Capítulo 4, Sección 2.1 Tabla de beneficios médicos.
Servicios y tratamientos de trastornos y disfunciones de la articulación temporomandibular (ATM)	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	
Suministros de vacaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.	**No están cubiertos bajo ninguna condición**	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

A veces, al recibir atención médica, puede ser necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, quizás se encuentre con que ha pagado más de lo previsto según las normas de cobertura del plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (la devolución del pago suele llamarse *reembolso*). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el pago siempre que haya pagado más que la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que tenga que cumplir plazos para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o quizás por más de lo que le corresponde del costo compartido según se indica en este documento. Primero, intente que el proveedor le arregle la factura. Si eso no funciona, envíenos la factura a nosotros en vez de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben tener cobertura, en cuyo caso le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le avisaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata al proveedor, aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que le solicite a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que ha recibido:

1. **Si recibió atención médica de emergencia o urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, más allá de si este participa o no en nuestra red.

   - Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si usted paga todo el importe en el momento de recibir la atención, solicítenos que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - Es posible que reciba la factura de un proveedor por un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya ha pagado más que la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le devolveremos el pago de la parte que nos corresponde del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente y solicitarle a usted que pague solo la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más que la parte que le corresponde.

- Solo deberá pagar el monto del costo compartido cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos por separado, lo que se denomina *facturación del saldo*. Esta protección (que usted nunca pague un monto mayor al monto de costos compartidos) se aplica aunque le paguemos al proveedor un monto menor del que este cobra por un servicio y aunque haya una controversia y no paguemos determinados cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red con un importe superior al que cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le devolvamos el pago de la diferencia entre el importe que pagó y el importe que debía pagar según el plan.

3. Si se inscribe de forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó los costos a su cargo por cualquiera de los servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación (p. ej., recibos o facturas) correspondiente para el reembolso.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos un reembolso enviando una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es conveniente guardar una copia de la factura y los recibos para su registro. **Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 12 meses** a partir de la fecha en la que recibió el servicio o el artículo.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar la decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación (cuyo fin es solicitar el pago).

- No es necesario que use el formulario, pero su uso nos ayuda a procesar la información con más rapidez.
    - Si no usa el formulario de reclamo, necesitaremos la siguiente información para ayudarnos a procesar el reclamo:
        - Identificación del afiliado.
        - Nombre del paciente.
        - Fecha o fechas del servicio.
        - Quién proporcionó el servicio (nombre del médico o centro), número de teléfono, número de identificación fiscal e Identificador nacional del proveedor (o NPI).
        - Monto cobrado por cada servicio.
        - Código del procedimiento (la descripción del servicio) Y código de diagnóstico (el motivo de la visita).
        - Comprobante de pago (es decir, un resumen detallado del proveedor en el que se indique el monto pagado. Los recibos de caja y los cheques cancelados se aceptan como comprobantes de pago en determinados casos. Los giros postales y los desgloses particulares no se aceptan como comprobante de pago).
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (**www.bcbsm.com/ claimsmedicare**) o llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite un formulario.

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

BCN Advantage

Member Reimbursements – G804
Blue Care Network
P.O. Box 68753
Grand Rapids, MI 49516-8753

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

Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el servicio y cuánto es el importe

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos que nos proporcione alguna otra clase de información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya pagó el servicio, le enviaremos

por correo el reembolso de la parte que nos corresponde del costo por correo. Si aún no pagó el servicio, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no le pagaremos nada o una parte de la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, esto significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindarle información de la manera que le resulte útil y en consonancia con sus particularidades culturales (en otros idiomas, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, clínicos o no, se proporcionen de manera culturalmente adecuada y que estén accesibles a todos los inscritos, incluso a quienes tienen competencia limitada de inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o quienes tienen antecedentes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en letra grande o en formatos alternativos sin costo si así lo necesita. Se nos exige que le brindemos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de dar a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina.

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar especialistas fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para pedir información de adónde puede acudir para obtener este servicio a un costo compartido de la red.

Si tiene dificultades 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 de la red, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Cliente, al 1-800-450-3680, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, con horario de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso de manera oportuna a los servicios cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que se encuentre en la red del plan para proporcionar y coordinar los servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener una cita y los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas de manera oportuna cuando necesita atención.

Si considera que no está recibiendo la atención médica dentro de un período razonable, en el Capítulo 7 se explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Somos responsables de la evaluación de la tecnología médica

La Administración de políticas médicas de Blue Cross Blue Shield of Michigan y el departamento de Gestión de la atención de Blue Care Network of Michigan son responsables de la evaluación de las nuevas tecnologías y las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes, el desarrollo de políticas médicas relacionadas con estas tecnologías y el desarrollo de recomendaciones de cobertura. Este proceso incluye, pero no está limitado a las siguientes áreas de nuevas tecnologías potenciales: procedimientos y servicios médicos, dispositivos médicos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de salud conductual y farmacéutica.

Sección 1.4 Protegemos la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal abarca la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información personal médica y relacionada con la salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y de controlar cómo se usa su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que le informa sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica personal?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea o cambie sus expedientes.
- Excepto en las circunstancias mencionadas debajo, si tenemos la intención de suministrar su información médica a otra persona que no le brinda atención médica ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle primero autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*
- Existen algunas excepciones en las que no se nos exige obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
    - Se nos exige que revelemos información médica a las agencias de gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan por Medicare, debemos proporcionarle su información médica a Medicare. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos

federales; por lo general, se exige que no se comparta la información que lo identifique específicamente.

Puede ver la información en sus registros y saber de qué manera se compartió con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de estos. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que añadamos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se compartió su información médica con otros para cualquier fin que no sea el habitual.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Blue Cross® Blue Shield® of Michigan
Blue Care Network of Michigan

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PARA LOS MIEMBROS DE NUESTROS PLANES DE GRUPOS SUSCRITOS O QUE NO PERTENECEN A GRUPOS, INCLUIDOS LOS PLANES DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE ADVANTAGE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

Entidades afiliadas que abarca este aviso

Este aviso aplica a las prácticas de privacidad de las siguientes entidades afiliadas cubiertas que puedan compartir su información médica protegida según sea necesario para las operaciones de atención médica, pago y tratamientos.

- Blue Cross Blue Shield of Michigan
- Blue Care Network of Michigan

Nuestro compromiso en relación con su información médica protegida

Comprendemos la importancia de su información médica protegida (en adelante haremos referencia a esta como “PHI”) y seguimos políticas estrictas (en conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales) para mantener privada su PHI. La PHI es información sobre usted, incluidos los datos demográficos, que puede ser utilizada, de manera razonable, para

identificarlo, y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura, con la prestación de atención médica que recibe o con el pago de dicha atención. Nuestras políticas abarcan la protección de su PHI, ya sea oral, escrita o electrónica.

En este aviso, le explicamos cómo protegemos la privacidad de su PHI y de qué manera permitiremos que se la use y se la dé a conocer ("divulgue"). Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso tiene vigencia a partir del 30 de septiembre de 2016 y permanecerá vigente hasta que se lo reemplace o modifique.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que las leyes aplicables permitan esos cambios. Estas prácticas revisadas aplicarán a su PHI sin importar cuándo se la creó o recibió. Antes de efectuar cambios importantes en nuestras prácticas de privacidad, proporcionaremos un aviso revisado a nuestros suscriptores.

Cuando múltiples leyes estatales o federales protejan la privacidad de su PHI, seguiremos los requisitos que proporcionen el mayor grado de protección de la privacidad. Por ejemplo, cuando autoriza la divulgación a terceros, las leyes estatales exigen que BCBSM condicione la divulgación a la promesa del receptor de obtener su permiso por escrito para divulgar su PHI a alguien más.

Nuestro uso y divulgación de su información médica protegida

Podemos usar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin su autorización:

- **Para dársela a usted y a su representante personal:** Podemos entregarle su PHI a usted o a su representante personal (alguien que esté legalmente autorizado a actuar en su nombre).
- **Para tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI a los proveedores de atención médica (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) que la soliciten en relación con su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a proveedores de atención médica en relación con programas de gestión de casos y enfermedades.
- **Para pagos:** Podemos usar y divulgar su PHI para actividades relacionadas con el pago y con proveedores de atención médica y otros planes de salud, que incluyen las siguientes:
    - Obtener los pagos de las primas y determinar la elegibilidad para recibir los beneficios.
    - Pagar reclamos de servicios de atención médica que están cubiertos por nuestro plan de salud.
    - Responder a consultas, apelaciones y quejas formales.
    - Coordinar los beneficios con otro seguro que tenga.
- **Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones de atención médica, entre ellas:
    - Realizar actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, como la revisión por pares, la matriculación de proveedores y la acreditación.

- Efectuar evaluaciones de resultados y análisis de reclamos médicos.
- Prevenir, detectar e investigar el fraude y el uso indebido.
- Actividades de suscripción, clasificación y reaseguro (aunque se nos prohíbe usar o divulgar cualquier información genética para fines de suscripción).
- Coordinar actividades de gestión de casos y enfermedades.
- Comunicarnos con usted sobre sus alternativas de tratamiento u otros servicios y beneficios asociados con la salud.
- Realizar actividades de gestión comercial y otras actividades administrativas generales, entre ellas, la gestión de los sistemas y el servicio de atención al cliente.

También podemos divulgar su PHI a otros proveedores y planes de salud que tienen relación con usted en el caso de determinadas operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para sus actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad o para la detección de fraude y uso indebido de la atención médica.

- **Para dársela a otras personas que participan en su atención:** En determinadas circunstancias, podemos entregar a un familiar, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique la PHI que esté directamente vinculada con la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de la atención médica. Por ejemplo, podemos considerar una decisión sobre un reclamo en presencia de un amigo o un familiar, a menos que usted se niegue.
- **Cuando lo requiera la ley:** Usaremos y divulgaremos su PHI si así lo requiere la ley. Por ejemplo, usaremos y divulgaremos su PHI en respuesta a órdenes judiciales y administrativas, así como citaciones, y para cumplir con las leyes de indemnización de trabajadores. Divulgaremos su PHI cuando lo solicite el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos y autoridades regulatorias estatales.
- **Por cuestiones de interés público:** Podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso por escrito para cuestiones de interés público, que pueden incluir los siguientes ejemplos:
  - Actividades de salud y seguridad pública, entre ellas, informes estadísticos vitales y de enfermedades, informes de abuso de menores y supervisión de la Administración de Medicamentos y Alimentos.
  - Informar el abuso, maltrato o abandono de menores, así como casos de violencia doméstica.
  - Informar a organizaciones de obtención de órganos y donación de tejidos.
  - Prevenir una grave amenaza para la salud o la seguridad de otros.
- **Para investigación:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo actividades de investigación especiales, siempre que se implementen determinadas medidas establecidas de antemano para proteger su privacidad.
- **Para comunicarnos con usted respecto de productos y servicios relacionados con la salud:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted respecto de productos y servicios relacionados con la salud que nosotros ofrecemos o que están incluidos en su

plan de beneficios. Podemos utilizar su PHI para comunicarle información acerca de las alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

Estas comunicaciones pueden incluir información acerca de proveedores de atención médica en nuestras redes, la sustitución o mejora de su plan de salud e información acerca de productos o servicios relacionados con la salud que están disponibles solo para quienes están inscritos en nuestros planes y que añaden valor a su plan de beneficios.

- **A nuestros socios comerciales:** De vez en cuando, involucramos a terceros para que nos proporcionen diversos servicios. Cuando un acuerdo con un tercero supone el uso o la divulgación de su PHI, firmamos un contrato por escrito con dicho tercero, destinado a proteger la privacidad de su PHI. Por ejemplo, podemos compartir su información con socios comerciales que procesan reclamos o que llevan a cabo programas de gestión de enfermedades en nuestro nombre.
- **A planes de salud y patrocinadores del plan:** Participamos en un arreglo organizado de atención médica con nuestros planes de salud grupal suscritos. Enviamos PHI a estos planes, así como los empleadores u otras entidades que los patrocinan, como parte de la información de inscripción (aunque se nos prohíbe usar o divulgar cualquier información genética con fines de suscripción). Algunos planes y sus patrocinadores pueden recibir PHI adicional de BCBSM y BCN. Siempre que divulgamos PHI a los planes o a sus patrocinadores, estos deben cumplir con las leyes aplicables que rigen el uso y la divulgación de su PHI, que incluye modificar los documentos del plan de su plan de salud grupal a fin de establecer los usos limitados y las divulgaciones que puede hacer de su PHI.

  Puede darnos su autorización por escrito para usar su PHI o para divulgarla a cualquiera para cualquier fin. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Revocarla no afectará al uso o la divulgación permitidos por su autorización mientras esta estaba vigente. Algunos usos y divulgaciones de su PHI requieren una autorización firmada:

- **Para comunicaciones de marketing:** Los usos y divulgaciones de su PHI para comunicaciones de marketing no se realizarán sin una autorización firmada, excepto cuando esté permitido por la ley.
- **Venta de PHI:** No venderemos su PHI sin una autorización firmada excepto cuando esté permitido por la ley.
- **Notas de psicoterapia:** Al grado (si hubiera) que mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, la divulgación de estas notas no se hará sin una autorización firmada, excepto cuando esté permitido por la ley.

No se realizará ningún otro uso o divulgación de su información médica protegida, excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, sin su autorización firmada.

Divulgaciones que usted solicite

Puede indicarnos y dar su autorización por escrito para que divulguemos su PHI a terceros con cualquier fin. Le solicitamos que su autorización se realice en nuestro formulario estándar. Para obtener el formulario, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de membresía o llame al 1-313-225-9000.

Derechos de las personas

Usted tiene los siguientes derechos. Para ejercer estos derechos, debe enviar una solicitud por escrito en nuestros formularios estándar. Para obtenerlos, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-313-225-9000. Estos formularios también están disponibles en línea en www.bcbsm.com.

- **Acceso:** Con algunas excepciones, tiene derecho a consultar o recibir una copia de su PHI que se encuentra en el grupo de registros que usamos a fin de tomar decisiones sobre usted, que incluye nuestras notas sobre inscripción, pagos, resolución de reclamos y gestiones médicas o de casos. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por los costos de copia y envío. Puede solicitar que se le proporcionen estos materiales de forma escrita o, en ciertas circunstancias, de forma electrónica. Si solicita un formato alternativo, por ejemplo un resumen, podemos cobrar una tarifa por los costos de preparación del resumen. Si rechazamos su solicitud de acceder a esta información, le informaremos en qué nos basamos para esta decisión y si tiene derecho a una revisión adicional.

- **Informe de divulgación:** Tiene el derecho a un informe de las divulgaciones que nosotros, o nuestros socios comerciales, hayamos hecho de su PHI en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. No se nos exige que informemos las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003, o las divulgaciones que hayamos hecho a usted, a su representante personal o en conformidad con su autorización o permiso informal; por actividades de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; como parte de un conjunto limitado de datos; relacionados con una divulgación permitida; o con fines de inteligencia o seguridad nacional; o para el cumplimiento de la ley o correccionales relacionadas con personas detenidas legalmente.

  Tiene derecho a solicitar un informe de divulgación gratuito cada 12 meses. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por cada informe de divulgación adicional que solicite durante el mismo período de 12 meses.

- **Solicitudes de restricción:** Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones a la manera en que usamos o divulgamos su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No se nos exige que aceptemos estas restricciones adicionales; pero si lo hacemos, las respetaremos (excepto si es necesario para un tratamiento de emergencia o si lo exige la ley), a menos que le avisemos que rescindiremos su contrato.

- **Modificación:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI en el conjunto de registros que se describen más arriba en la sección Acceso. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Si no está de acuerdo, puede hacer que se presente una declaración de su desacuerdo en nuestros registros. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para comunicarles la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione.

- **Comunicación confidencial:** Acostumbramos comunicar al suscriptor las decisiones relacionadas con los pagos y los beneficios, y estas pueden incluir PHI. Los miembros que consideren que esta práctica podría ponerlos en peligro pueden solicitarnos que nos

comuniquemos con ellos mediante medios o ubicaciones alternativas razonables. Por ejemplo, un miembro puede solicitar que le enviemos una Explicación de los beneficios a un apartado postal en vez de al domicilio del suscriptor. Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o al 1-313-225-9000.

- **Aviso de filtración:** En caso de que ocurra una filtración de su PHI no protegida, le proporcionaremos una notificación de dicha filtración según lo exija la ley o cuando lo consideremos adecuado.

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o una copia por escrito de este aviso, comuníquese con nosotros a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Michigan
600 E. Lafayette Blvd., MC 1302
Detroit, MI 48226-2998
Attn: Privacy Official
Teléfono: 1-313-225-9000

Para su conveniencia, también puede obtener una copia electrónica (descargable) de este aviso en línea en **www.bcbsm.com**.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o cree que hemos usado o divulgado indebidamente su PHI, llámenos al 1-800-552-8278. También puede completar nuestro formulario de quejas sobre privacidad en línea en **www.bcbsm.com**.

También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja cuando lo solicite. Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de manera alguna si presenta una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Fecha de la última revisión: 16/12/2022 CF 1296 OCT 21

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de BCN Advantage Elements, tiene derecho a que le enviemos varias clases de información.

Si desea algunos de los siguientes tipos de información, llame a Servicio de Atención al Cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.

- **Información acerca de los proveedores de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores de nuestra red y de la manera en que les pagamos a los proveedores de la red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información relativa a los servicios médicos.
- **Información acerca de los motivos por los cuales algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué no se cubre un servicio médico o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamado apelación.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención

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

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

También tiene derecho a participar por completo en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, independientemente de lo que cuesten o de que tengan o no cobertura de nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo en su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho de decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. Naturalmente, si rechaza un tratamiento, acepta toda responsabilidad por lo que le suceda como resultado de ello.

Tiene el derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismos debido a un accidente o a una enfermedad grave. Tiene el derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento llega a encontrarse incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.

- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de quedar incapacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder legal para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una directiva anticipada para dar instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario**. Puede pedirle un formulario de directivas anticipadas a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para pedirnos los formularios.
- **Completar y firmar el formulario**. Independientemente del origen del formulario, tenga presente que es un documento legal. Considere consultar con un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar las copias a las personas apropiadas**. Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no está en condiciones. Podría ser conveniente entregarles copias a sus amigos cercanos o los miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital con usted**.

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

Recuerde que es su elección si desea preparar un documento de directivas anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a darle atención o discriminarlo porque usted tenga o no una directiva anticipada firmada.

Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja con el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios.

Visite www.michigan.gov/lara y haga clic en *File a complaint (Presentar una queja).*

Para presentar una queja contra un hospital u otro centro de atención médica, póngase en contacto con:
Department of Licensing & Regulatory Affairs
Bureau of Survey and Certification
P.O. Box 30828
Lansing, MI 48909

Llame al: 1-800-882-6006 de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del este), de lunes a viernes (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
Correo electrónico: lara-bsc-complaints@michigan.gov
Fax: 1-517- 763-0214

Para presentar una queja contra un médico, el personal de enfermería o cualquier profesional médico con licencia estatal, póngase en contacto con:
Bureau of Professional Licensing Complaint Intake Section
P.O. Box 30670
Lansing, MI 48909-8170
Llame al: 1-517-241-0205 de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
Correo electrónico: BPL-Complaints@michigan.gov
Fax: 1-517- 241-2389 (Attn: Complaint Intake)

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no respetan sus derechos?

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

Si cree que lo han tratado de forma injusta o que no se han respetado sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de procedencia, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número 1-800-368-1019 o TTY al número 1-800-537-7697, o bien, llame a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si se trata de otro tema

Si cree que fue tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar su problema:

- Puede **llamar a Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (Esta publicación está disponible en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**).
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos**. Use este documento de *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 le dan los detalles de los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan, o una receta aparte de medicamentos recetados, debe informárnoslo**. El Capítulo 1 le indica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Avise a su médico y otros proveedores de atención de la salud que está inscrito en nuestro plan**. Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica.
- **Dé información a los médicos y otros proveedores, hágales preguntas y siga sus indicaciones a fin de contribuir a que estos lo ayuden.**
  - Para contribuir a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas, y asegúrese de obtener una respuesta que entienda.
- **Sea considerado**. Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera tal que colabore con el correcto funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.

- Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
- En el caso de algunos servicios cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de recibirlos.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:
Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- En otros casos, tendrá que usar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas quejas formales.

Estos dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no resultan conocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se siguen estas pautas:

- Se usan palabras más simples en lugar de algunos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo por lo general se dice “hacer una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usa la menor cantidad posible de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales al proporcionar los detalles para el manejo de tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, puede necesitar la ayuda o guía de una persona que no esté conectada con nosotros. A continuación, se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa del Gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que esté teniendo. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación con respecto a lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para pedir ayuda. Para hacerlo:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para solucionar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La guía que figura a continuación lo ayudará.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4**, **Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura**.

No.

Pase a la **Sección 9** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, nos referimos a los artículos y servicios médicos, así como a los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede usar los procesos de decisión de cobertura y de apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y el modo en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o al monto que pagaremos por la atención médica que usted reciba. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que ese servicio no tiene cobertura bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionarle la atención médica que usted piensa que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimará, por ejemplo, si la solicitud es inválida, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que usted tiene cubierto y el monto que pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no tiene cobertura para la atención médica o que Medicare ya no la cubre. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o

acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan revisores que no son los mismos que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, a esta apelación se la llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión que cobertura que tomamos para verificar si, al tomar la decisión, seguimos todas las normas de forma adecuada. Cuando hayamos finalizado la revisión, le indicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimará, por ejemplo, si la solicitud es inválida, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de nivel 1 para la atención médica, su apelación pasará automáticamente al nivel 2 y estará a cargo de una organización de revisión independiente que no tiene conexión con nosotros.

- No es necesario hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener información sobre las apelaciones de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, puede avanzar a otros niveles de apelación (En la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación, se presentan recursos disponibles si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Servicio de Atención al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP).
- **Su médico puede hacer la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación superior al nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/appointrep).**
    - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega en el nivel 1, se enviará automáticamente al nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/appointrep**). El formulario otorga permiso a dicha persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión con respecto a su apelación, no se hará lugar a su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio profesional de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que le pueden proporcionar servicios legales gratuitos, si reúne los requisitos para recibirlos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona detalles para su situación?

Hay tres situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, brindamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
- **Sección 6** de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si piensa que se le dio el alta demasiado pronto
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* servicios de atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio de Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones del Gobierno, como el SHIP.

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

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

En esta sección, se habla sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de medicamentos recetados de la Parte B. En dichos casos, explicaremos en qué difieren las reglas de los medicamentos recetados de la Parte B de las normas de los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan. **Pedir una decisión de cobertura. Sección 5.2**.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y cree que dicha atención está cubierta por el plan. **Pedir una decisión de cobertura. Sección 5.2**.
3. Ha recibido atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaremos. **Presentar una apelación. Sección 5.3**.
4. Ha recibido y pagado por atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan y desea solicitarle al plan que le reembolse esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5**.
5. Se le dice que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo que anteriormente aprobamos se verá reducida o se detendrá, y cree que reducir o detener esta atención podría causarle un daño a la salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**.

   Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), tendrá que leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura

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

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

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

Una decisión de cobertura estándar suele hacerse en un plazo de 14 días calendario o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma generalmente en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. A fin de obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Puede *pedir solamente* la cobertura de artículos o servicios de atención médica (sin solicitar el pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para lo siguiente:
  - Explicar que usaremos los plazos estándares.
  - Explicar que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida; tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  - Explicar que puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

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

- Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud **para un servicio o artículo médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en el **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **No obstante**, si necesita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un

servicio o artículo médico. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Responderemos a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones y apelaciones de cobertura. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo acelerado

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

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos no bien tomemos la decisión.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo del rechazo.

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

- Si decidimos no otorgar la cobertura, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de la atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará automáticamente al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de la atención médica se denomina **reconsideración** del plan. La *apelación rápida* también se conoce como **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deberá optar por una *apelación rápida.* Si su médico nos dice que su salud requiere una *apelación rápida,* le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que los requisitos para la *decisión de cobertura rápida* en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente la apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de los 65 días calendario** posteriores a la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si excede este plazo por una razón que lo justifique, explique por qué presentó tarde su apelación durante su presentación. Podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de motivos justificados, se incluyen una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Nos fijamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recabaremos más información y quizás nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas desde que recibimos su apelación**. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
    - No obstante, si necesita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o al final del período prolongado si nos tomamos un tiempo adicional), automáticamente deberemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.

- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en el término de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le comunicaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para obtener una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibimos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes, si su salud lo requiere.
  - No obstante, si necesita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida.* Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en el término de las 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, y será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura **en el plazo de 30 días calendario** si su solicitud es para un servicio o artículo médico o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para obtener una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo se hace una apelación de nivel 2

Término legal
El nombre formal de la *organización de revisión independiente* es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo que esta hace.

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

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **archivo de su caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2

- Para una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el término de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la organización de revisión independiente debe recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2

- Para la *apelación estándar*, si su solicitud es para un servicio o artículo médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el término de 30 días calendario** desde la recepción de la apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **en el término de 7 días calendario** desde la recepción de la apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la organización de revisión independiente debe recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión aprueba su solicitud, ya sea de forma parcial o total, para un servicio o artículo médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica acordada en el plazo de 72 horas o prestar el servicio en el término de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama *mantener la decisión* o *rechazar su apelación*.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
  - La explicación de su decisión.
    Una notificación sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le informará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea que su apelación suba de nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

El Capítulo 5 describe cuándo puede necesitar un reembolso o el pago de una factura recibida de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación pidiendo un reembolso, nos pide una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud, puede suceder lo siguiente:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del costo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta que diga que no pagaremos la atención médica y los motivos que justifican la decisión.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Para las apelaciones relativas a reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en el término de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita que le hagamos un reembolso por una atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si en alguna

etapa del proceso de apelaciones posterior al nivel 2 se acepta su apelación, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en el término de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización prolongada si considera que le dan de alta demasiado pronto

Cuando lo hospitalizan, tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos en el hospital que sean necesarios para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión que presenta.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que se vaya del hospital. Lo ayudarán con los arreglos necesarios para que reciba la atención que necesite fuera del hospital.

- El día en que se va del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, se la informará su médico o el personal del hospital.
- Si piensa que se le da el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, lo cual se considerará.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

En un plazo de dos días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los pacientes que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o el personal de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende.** Le dice lo siguiente:
   - El derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según los ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién estará a cargo del pago y en dónde puede recibirlos.
   - Su derecho de participar en cualquier decisión relativa a su hospitalización.
   - Dónde debe informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su hospitalización.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
2. **Deberá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o la persona que actúe en su nombre deberán firmar el aviso.

- Firmar el aviso demuestra *solamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no dice la fecha de alta. Firmar el aviso ***no*** **implica** que acepta una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
   - Para ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices**.

Sección 6.2 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que le cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacerlo. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y con qué plazos debe cumplir.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Se fija si la fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los cuales el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de fechas de alta del hospital de personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) informa cómo ponerse en contacto con esta organización. (También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para realizar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día del alta**.
    - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- **Si *no* cumple con este plazo**, póngase en contacto con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Una vez que solicita una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente de que nos contacten, le daremos un **aviso detallado del alta**. Este aviso le proporciona la fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra de ese **aviso detallado del alta** llamando al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede ver un ejemplo del aviso en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.**

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo, si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente de que los revisores nos informaran de su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le proporciona la fecha de alta planificada. Este aviso también le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el término de un día completo después de que cuente con toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se acepta mi apelación?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **deberemos seguir prestándole los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte del costo que le corresponde (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones a los servicios cubiertos en el hospital.

¿Qué sucede si se rechaza mi apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que usted deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará automáticamente al **nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Con una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de vuelta la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha de alta programada.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el término de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital tras la fecha de finalización de la atención de su cobertura.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán minuciosamente de vuelta toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el término de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta la solicitud:

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó la primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza la solicitud:

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama *confirmar la decisión.*
- En el aviso que recibirá, se le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es un rechazo, tendrá que decidir si desea que su apelación avance al nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

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

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

Cuando decidimos que llegó el momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, tenemos la obligación de informárselo con anticipación. Cuando finaliza su cobertura de dicha atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si usted piensa que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le indica cómo realizar la solicitud de una apelación.

Sección 7.2 Le diremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. La solicitud de una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura con respecto a cuándo dejar de cubrir la atención que recibe.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que el plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice lo siguiente:
   - La fecha en que se dejará de cubrir la atención para usted.
   - Cómo solicitar una *apelación acelerada* para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por más tiempo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, le pedirán que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso demuestra *solamente* que recibió la información sobre el momento en que se finalizará su cobertura. **Firmarlo no implica que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de brindarle la atención.

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra la atención que recibe durante más tiempo

Si desea solicitarnos que le cubramos la atención que recibe durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacerlo. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y con qué plazos debe cumplir.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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

- La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los cuales el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan acerca de cuándo es momento de dejar de

cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente una apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pídales una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** del Aviso de terminación de cobertura de Medicare.
- Si excede este plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Póngase en contacto con su Organización para la Mejora de la Calidad.

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

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Un aviso que brinda detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo, si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya dado.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de no cobertura**, en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo tras recopilar toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan la solicitud?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **deberemos seguir prestándole los servicios cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte del costo que le corresponde (como los deducibles o copagos, si corresponde). Podría haber limitaciones a los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la solicitud?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, la **cobertura terminará en la fecha que le hayamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha, cuando finaliza la cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esa atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la interrupción de la cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 7.4 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra la atención que recibe durante más tiempo

Con una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de vuelta la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha de finalización de la cobertura de la atención necesaria.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán minuciosamente de vuelta toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el término de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta la solicitud?

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde de la atención que haya recibido desde la fecha en que le dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza la solicitud?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le proporcionarán los detalles con respecto a cómo puede avanzar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es un rechazo, tendrá que decidir si desea que su apelación avance al siguiente nivel.

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al nivel 2 (en total, cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles siguientes

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

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y se han rechazado ambas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico por el que ha presentado la apelación cumple con determinados niveles mínimos, podría tener la posibilidad de continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede seguir

presentando apelaciones. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera bastante similar. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 **Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaje para el Gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede *finalizar* o *no*.** A diferencia de la apelación de nivel 2, tenemos el derecho de apelar a una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionar la atención médica en el término de 60 días calendario tras recibir la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos de respaldo que sean necesarios. Podemos esperar a la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica que sea objeto de la controversia.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede *finalizar* o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá que hacer para una apelación de nivel 4.

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

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede finalizar* o *no*.** A diferencia del nivel 2, tenemos el derecho de apelar a una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelar esta decisión en el de nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionar la atención médica en el término de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo diremos por escrito.

- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede finalizar* o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten avanzar a una apelación de nivel 5 y cómo pasar este nivel de apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es final. Ya no hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes

Sección 9.1 ¿Para qué tipos de problemas se usa el proceso de quejas?

El proceso de queja se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas para los que se usa el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica que recibe	• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido grosero con usted o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro servicio de atención al cliente? • ¿Considera que lo están alentando a abandonar el plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo dificultades para obtener una cita o está esperando demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Lo han dejado esperando demasiado tiempo los médicos u otros profesionales médicos? ¿O el Servicio de Atención al Cliente u otro miembro del personal del plan? • Entre los ejemplos, se incluyen esperas demasiado prolongadas al teléfono, en la sala de espera o el consultorio.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado general de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le proporcionamos	• ¿No le dimos un aviso obligatorio? • ¿Es difícil de entender la información escrita que brindamos?
Cumplimiento de los plazos (Estos tipos de quejas están todos relacionados con los *plazos* de nuestras acciones vinculadas a las decisiones y apelaciones de la cobertura)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y piensa que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja con respecto a nuestra lentitud. A continuación, se presentan ejemplos: • Si nos ha solicitado una decisión de *cobertura rápida* o una *apelación rápida* y hemos rechazado dicha solicitud, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones: puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos para cubrir o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente: puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se denomina **presentar una queja formal.**
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se denomina **queja formal acelerada**.

Sección 9.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que debe hacer, se lo informará el personal del Servicio de Atención al Cliente.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó conforme), puede redactar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envió su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- Si lo hace, aplicaremos nuestro procedimiento formal para responder las quejas formales, que se denomina "Resolución de inquietudes: Programa de quejas formales de miembros". Funciona así:
    - Si solicita una respuesta por escrito, presente una queja formal por escrito; por otro lado, si su queja está relacionada con la calidad de atención, le responderemos por escrito.
    - Las quejas formales se deben presentar en el término de los 60 días calendario posteriores a la condición, situación, evento o problema que causó la disconformidad. La unidad de Quejas Formales y Apelaciones de BCN Advantage por lo general enviará por correo un acuse de recibo por escrito de las quejas formales en el término de las 24 horas posteriores a su recepción. Se debe acusar recibo de las quejas formales relacionados con las siguientes dos decisiones en el término de las 24 horas de su recepción:
        - Rechazo de una solicitud de determinación o reconsideración acelerada de la organización.
        - Una prórroga o un rechazo de la solicitud de un miembro de una prórroga del plazo para presentar una solicitud de determinación o reconsideración de la organización.
            - Para presentar una queja formal relacionada con un servicio médico, usted o su representante autorizado adecuadamente designado deben llamar o proporcionar una declaración de la queja por escrito y firmada (una carta, un fax o un formulario de solicitud de BCN Advantage) a:

              BCN Advantage Appeals & Grievance Unit
              Mail Code A01C
              P.O. Box 44200
              Detroit, MI 48244-0191
              Fax: 1-866-522-7345
              Llame al 1-800-450-3680 de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Debemos procesar su queja formal lo más rápido que lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero un máximo de 30 días después de recibir su queja. Podemos prorrogar el plazo hasta 14 días calendario si usted solicita la prórroga o si justificamos una necesidad de obtener información adicional y una demora redundaría en su beneficio. Si rechazamos su queja formal, ya sea de forma total o parcial, en nuestra decisión por escrito se le explicará por qué la rechazamos y se le indicarán las opciones con las que cuenta para la resolución de controversias, si corresponde.

  En ciertos casos, tiene derecho a solicitar una "queja formal rápida", lo que significa que responderemos la queja formal en el plazo de 24 horas. Hay solo dos motivos por los que concederemos la solicitud de una queja formal rápida.

  Si le pidió a Blue Cross Blue Shield of Michigan que tome una "decisión rápida" sobre un servicio que aún no ha recibido y hemos rechazado.

  Si no acepta nuestra solicitud de una extensión de 14 días para responder a su queja formal estándar, decisión de cobertura, determinación de la organización o apelación previa al servicio.

- El **plazo límite** para presentar una queja es **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

<u>Paso 2:</u> Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama para comunicarnos una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora redunda en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo diremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si presenta una queja rápida, significa que le **responderemos en el plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja, ya sea de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema que originó la queja, le daremos los motivos de nuestra respuesta.

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

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica en ejercicio pagados por el Gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.5 También puede comunicar su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre BCN Advantage Elements directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:
Cómo dar de baja su membresía en el plan

SECCIÓN 1 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

La desafiliación del plan BCN Advantage Elements puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede desafiliarse del plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 le brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 indica las situaciones en que debemos terminar su membresía.

Si finalizará la membresía a nuestro plan, el plan debe seguir proporcionándole la atención médica, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede dar de baja su membresía durante el período anual de inscripción

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

- **El período anual de inscripción** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Para el año próximo, decida mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura**. Si decide cambiar por un nuevo plan, podrá elegir entre uno de los siguientes tipos de plan:
  - Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
  - *O* Original Medicare *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
- **Su membresía en nuestro plan** finalizará cuando comience la cobertura del nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede dar de baja su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

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

- **El período anual de inscripción de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan

MA, desde el mes de derecho a la Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.

- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage,** puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
  - Desafiliarse de nuestro plan y obtener una cobertura a través de Original Medicare. Si elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **La membresía finalizará** el primer día del mes posterior al mes en que usted se inscriba en otro plan de Medicare Advantage u obtengamos su solicitud para cambiar por Original Medicare. Si, además, decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en ese plan comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que su plan de medicamentos recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas circunstancias, usted puede dar de baja su membresía durante el período de inscripción especial

En ciertas circunstancias, los miembros de BCN Advantage Elements pueden ser elegibles para dejar el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante el período de inscripción especial si le aplican alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**):

- En general, si se mudó.
- Si tiene Medicaid.
- Si no cumplimos con el contrato que hemos hecho con usted.
- Si recibe cuidados en una institución, como un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Los períodos de 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para dar de baja su membresía como consecuencia de una situación especial, puede decidir cambiar ambas, su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.

- *O* Original Medicare *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.

Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes siguiente al mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede dar de baja su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicio de Atención al Cliente.**
- Encontrará la información en el manual ***Medicare y usted 2025***.
- Comuníquese con puede llamar a **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

En la tabla que verá a continuación se le explica cómo debe dar de baja su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar nuestro plan por:	Debe:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Cuando comience la cobertura del nuevo plan, usted quedará automáticamente dado de baja de BCN Advantage Elements.
• Original Medicare *con* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Cuando comience la cobertura del nuevo plan, usted quedará automáticamente dado de baja de BCN Advantage.
• Original Medicare *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana para solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Cuando comience la cobertura de Original Medicare, usted quedará automáticamente dado de baja de BCN Advantage Elements.

Nota: Si también tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados (por ejemplo, PDP independiente) y se da de baja de esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante después de estar sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, usted deberá seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

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

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta** (aunque sea después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 BCN Advantage Elements debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones

SECCIÓN 5.1 ¿Cuándo debemos dar de baja su membresía en nuestro plan?

BCN Advantage Elements debe dar de baja su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si usted ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si usted permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se traslada o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si, intencionalmente, nos aporta información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de manera disruptiva y nos hace difícil brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).

- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
    - Si le damos de baja su membresía por esta razón, Medicare puede pedir al Inspector General que investigue su caso.
- Si usted no paga la prima del plan en su totalidad por 3 meses calendario.
    - Antes de dar de baja su membresía, tenemos que notificarle por escrito que usted tiene 3 meses calendario para pagar la prima del plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos dar de baja su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje su plan por ningún motivo relacionado con su salud

BCN Advantage Elements no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si esto sucediera?

Si cree que se le está pidiendo que deje el plan por alguna razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Si damos de baja su membresía en nuestro plan, usted tiene el derecho de presentar una queja

Si damos de baja su membresía en nuestro plan, debemos indicarle los motivos por escrito para finalizarla. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja respecto de nuestra decisión de dar de baja su membresía.

CAPÍTULO 9:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social, así como las normas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o CMS) en conformidad con la Ley de Seguridad Social. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos en función de la raza, la etnia, la nacionalidad, el color, la religión, el sexo, el género, la edad, la orientación sexual, una discapacidad física o mental, el estado de salud, el historial de reclamos, los antecedentes médicos, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes vigentes para las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o regla que sea válida por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en **https://www.hhs.gov/ocr/index.html**.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a las regulaciones del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462, BCN Advantage Elements, como organización de Medicare Advantage, tendrá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según la reglamentación de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR; las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso adicional de subrogación y recuperación de terceros

Si le hacemos cualquier tipo de pago o realizamos cualquier pago en su nombre por servicios cubiertos, tenemos derecho a la subrogación completa de todos y cada uno de los derechos que usted posea contra cualquier persona, entidad o asegurador que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Una vez que hayamos hecho un pago por servicios cubiertos, tendremos un gravamen en la recaudación de cualquier sentencia, conciliación u otra adjudicación o recuperación monetaria que usted reciba (nuestra recuperación no estará limitada por los términos y las condiciones de ninguna de estas conciliaciones, adjudicaciones o sentencias), lo que incluye, entre otros, lo siguiente:

1. cualquier adjudicación, conciliación, beneficio u otro importe pagado en virtud de cualquier adjudicación o ley de indemnización de los trabajadores;
2. cualquier adjudicación, conciliación, beneficio u otro importe pagado en virtud de cualquier adjudicación o ley de una póliza de seguro de automóvil, incluida la cobertura de responsabilidad pública;
3. todos y cada uno de los pagos realizados directamente por un agraviante externo o una persona, entidad o asegurador responsable de indemnizar al agraviante externo, o en nombre de ellos;
4. cualquier adjudicación, pago, conciliación o conciliación estructurada arbitrales, u otros beneficios o importes pagados de acuerdo con una póliza de cobertura contra automovilistas no asegurados o subasegurados; o bien,
5. cualquier otro pago que se le destine o designado para que usted cobre en concepto de indemnización, restitución o remuneración por una lesión, enfermedad o afección que usted sufrió como consecuencia de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Las reclamaciones de los seguros contra terceros no suelen resolverse de inmediato. Según nuestro criterio, podemos realizar pagos condicionales mientras dicha reclamación está pendiente. También puede suceder que recibamos una reclamación sin saber que hay una reclamación contra terceros o de otro tipo que está pendiente. En esas situaciones, nuestros pagos son “condicionales”. Los pagos condicionales se nos deben reembolsar tras la recepción del pago del seguro contra terceros, lo que incluye las conciliaciones o los pagos médicos.

Usted acepta cooperar con nosotros y con todos nuestros agentes o representantes, y tomar todas y cada una de las medidas o los pasos necesarios para garantizar nuestro gravamen, lo que incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

1. responder las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión;
2. responder nuestras solicitudes de información y brindar cualquier información pertinente que le hayamos solicitado; y,
3. participar en todas las fases de cualquier medida legal que comencemos con el fin de proteger nuestros derechos, lo que incluye, entre otras cosas, participar en la exhibición de pruebas, asistir a los testimonios y presentarse y brindar declaración en el juicio.

Asimismo, acepta no hacer nada que perjudique nuestros derechos, lo que incluye, entre otras cosas, asignar cualquier derecho o causal de acción que pueda tener contra cualquier persona o entidad acerca de su lesión, enfermedad o afección sin nuestro consentimiento expreso previo por escrito. Su falta de cooperación se considerará un incumplimiento de sus obligaciones, y podemos tomar una medida legal en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a que se nos reembolsen por completo todos y cada uno de los pagos por beneficios que le hagamos a usted o en su nombre y que sean responsabilidad de cualquier otra persona, organización o asegurador. Nuestro derecho de reembolso está separado y es diferente de nuestro derecho de subrogación, y está limitado solamente por el importe de los beneficios reales pagados en virtud de nuestro plan. Debe pagarnos de inmediato todo importe que recupere a través de una sentencia, conciliación, adjudicación, recuperación monetaria u otro medio por parte de cualquier tercero responsable, o de su asegurador, en la medida en la que hayamos pagado o proporcionado beneficios para su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en nuestro plan.

No estamos obligados a buscar una subrogación o reembolso para su beneficio personal o en su nombre. Nuestros derechos, según las leyes o reglamentaciones de Medicare, y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados si no intervenimos en ninguna acción legal que usted inicie relacionada con su lesión, enfermedad o dolencia.

CAPÍTULO 10:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: es un recurso que usted puede utilizar si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura para servicios de atención médica o para el pago de los servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: el área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe darlo de baja si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que cumplen con los siguientes requisitos:
1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y
2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación provistos diariamente en un centro de enfermería especializada. Entre los ejemplos de atención se incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un médico o un enfermero registrado.

Autorización previa: la aprobación anticipada para obtener los servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se marcan en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos.

Ayudante de atención médica en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios prescritos).

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden adquirir por una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Para obtenerlos, debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales.

Cargo máximo: el cargo máximo es el costo máximo que BCN Advantage pagará a un proveedor por un servicio médico en particular. El cargo máximo incluye el monto que BCN Advantage paga al proveedor, así como la cantidad que usted paga (su copago o coseguro). Nuestros proveedores no están autorizados a facturarle el monto restante.

Centro de cirugía ambulatoria: es una entidad que funciona con el único fin de brindar servicios de cirugía ambulatoria para los pacientes que no necesitan permanecer hospitalizados y que no deben permanecer más de 24 horas en este centro.

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que tiene una enfermedad terminal certificada por un médico, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros (su plan) debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y sigue pagando las primas, continúa siendo miembro de nuestro plan. Aún podrá obtener todos los

servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, entre ellos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno doméstico.

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

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Cobertura válida para medicamentos recetados: una cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o de un sindicato) que pagará, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes cuentan con este tipo de cobertura por lo general pueden mantenerla cuando llegan a ser elegibles para Medicare sin pagar una multa, si es que deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Colonoscopia: es un examen del colon en el que se introduce un colonoscopio en el recto. Se aconseja a los miembros que se sometan a una colonoscopia de rutina o detección.

- La colonoscopia de **rutina o detección** es un examen del colon sano cuando no hay presentes signos, síntomas ni enfermedades. Cuando una colonoscopia de rutina o detección detecta un síntoma de enfermedad, por ejemplo, un pólipo, se considera una colonoscopia de diagnóstico.
- La colonoscopia de **diagnóstico** se realiza para diagnosticar y, en consecuencia, establecer un tratamiento si el colon no está sano (hay signos, síntomas o enfermedades presentes). Las colonoscopias de diagnóstico suelen indicarse cuando hay alguna inquietud médica con respecto al colon, como determinados síntomas o antecedentes médicos. Cuando se descubre un signo o un síntoma durante una colonoscopia de control, la prueba puede pasar a ser un procedimiento de diagnóstico.

Consultorios externos: muchos consultorios de proveedores, centros de salud o clínicas para pacientes ambulatorios que son propiedad de los hospitales y están administrados por estos podrían cobrar una tarifa adicional por el uso del hospital cuando usted ve a un proveedor en el consultorio, el centro de salud o la clínica. Estos consultorios externos ofrecen la comodidad de disponer de una variedad de proveedores y servicios integrados en un solo complejo. Desde la perspectiva de Medicare, se lo está tratando dentro del sistema del hospital y no en el consultorio de un médico y puede estar sujeto a la tarifa por uso del hospital. Incluso los centros médicos y los consultorios de proveedores ubicados bastante lejos del campus del hospital principal pueden considerarse parte del hospital. Cuando usted usa estos consultorios externos, que Medicare también denomina “consultorios de proveedores”, le facturan un servicio único en dos partes: una factura por la atención del médico y otra por las tarifas del hospital o del establecimiento. Esto puede dar como resultado mayores costos a su cargo. Pregúnteles a sus proveedores si son parte de un consultorio externo o de un consultorio de proveedores. *Para obtener más*

información, consulte "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.

Controles: pruebas preventivas que se realizan cuando no hay signos, síntomas o diagnósticos presentes. En los controles se verifica si hay alguna enfermedad o signos de una enfermedad para que se pueda proporcionar la detección temprana y el tratamiento a aquellas personas con un diagnóstico positivo de una enfermedad determinada. El control no es lo mismo que el procedimiento de diagnóstico. *(Consulte también Procedimiento de diagnóstico).*

Copago: monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita externa al hospital o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), no un porcentaje.

Coseguro: un monto, expresado en porcentaje (por ejemplo, 20 %), que podría tener que pagar como su parte de los costos de los servicios una vez que pague los deducibles.

Costo compartido: hace referencia a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. (Esto es aparte de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto fijo de copago que solicita un plan cuando se obtiene un servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio que solicita un plan cuando se obtiene un servicio o un medicamento específico.

Costos a su cargo: consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar por parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de costo a cargo del miembro.

Cuidado supervisado: este es el cuidado personal que se proporciona en un asilo, un centro de cuidados paliativos u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado supervisado, que pueden proporcionar personas que no tengan capacitación o habilidades profesionales, abarca la ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, sentarse y pararse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no cubre el cuidado supervisado.

Cuidados paliativos: una manera especial de cuidar a las personas que tienen un pronóstico terminal y de brindar asesoramiento a sus familias. Los cuidados paliativos son cuidados físicos y asesoramiento que proporciona un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o una empresa privada certificadas por Medicare. Según la situación, se puede brindar este cuidado en el hogar, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de ancianos. Los cuidados paliativos tienen como fin ayudar a los pacientes en los últimos meses de vida al darles comodidad y alivio del dolor. Se centra en los cuidados, no en la cura.

Dar de baja o **cancelar:** el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

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

Derivación: autorización que le puede dar su médico de atención primaria antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. Una derivación no es lo mismo que una autorización previa: BCN Advantage Elements es el único que puede emitir una autorización previa. Su médico de atención primaria puede emitir una derivación. *(Consulte también Autorización previa).*

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

Dispositivos protésicos y ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Emergencia: es una situación en la que usted o cualquier otra persona lega prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica de inmediato para prevenir la pérdida de la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o del deterioro grave de una función corporal. Estos síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Equipos médicos duraderos (DME): determinados equipos médicos que su médico indica por motivos médicos. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital para uso doméstico solicitadas por un proveedor.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada que expliquen su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Facturación de saldos: es cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor al costo compartido permitido del plan. Como miembro de BCN Advantage Elements, usted solo debe pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren más que el importe del costo compartido que el plan le indica que debe pagar.

Fisioterapia: implica el tratamiento que brindan profesionales de atención médica con licencia para mejorar el movimiento y fortalecer una zona del cuerpo, así como la capacitación sobre cómo usar equipos especiales, tales como un andador, o cómo sentarse en una silla de ruedas y levantarse de ella.

Global Core: un programa de Blue Cross and Blue Shield Association que permite que los miembros reciban atención de emergencia y de urgencia de proveedores que participan con los planes de esta asociación cuando viajan fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Por lo

general, tendrá que pagar a los proveedores y enviar los reclamos usted mismo para obtener el reembolso por estos servicios.

Hospitalización: la estadía en el hospital cuando se lo admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, igualmente se lo podría considerar paciente ambulatorio.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Lista de excluidos de los CMS: es una lista que mantienen los CMS de las personas y las entidades que actualmente se encuentran anuladas del programa Medicare o que participan en conductas que los CMS determinan que son perjudiciales para los intereses del programa Medicare. Los planes de Medicare Advantage tienen prohibido pagarles a personas o entidades que aparezcan en esta lista.

Mamografía: una mamografía *de control* es una radiografía del pecho que sirve para detectar cambios en las mamas de mujeres que no tienen signos ni síntomas de cáncer de mama. Las mamografías permiten detectar tumores que no se sienten. Una mamografía *de diagnóstico* es una radiografía del pecho que sirve para controlar si hay cáncer de mama luego de haberse encontrado un bulto u otro síntoma de cáncer de mama.

Medicaid (Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamentos de la Parte B: por lo general, un medicamento inyectable o por infusión que no suele ser autoadministrado y que se proporciona y administra como parte del servicio de un médico. Si, por lo general, se autoadministra la inyección (por ejemplo, medicamentos para la migraña que se inyectan tales como Imitrex) o no se distribuye y administra como parte de un servicio médico, no está cubierta por la Parte B. La Parte B de Medicare también cubre una cantidad limitada de otros tipos de medicamentos, como soluciones de nebulizador (albuterol), inmunodepresores, medicamentos orales contra el cáncer, medicamentos orales contra las náuseas, eritropoyetinas y algunas vacunas profilácticas (gripe y neumonía).

Medicamentos reembolsables: determinados medicamentos que están incluidos en una nueva ley de medicamentos que requieren que las empresas farmacéuticas le paguen un reembolso a Medicare si aumentan los precios de determinados medicamentos antes de que aumenten por inflación. La ley define a un “medicamento reembolsable de la Parte B” como un medicamento o producto biológico de fuente única, incluidos algunos productos biológicos biosimilares, que suelen administrarse mediante inyección o infusión o biológicos administrados por un médico en el consultorio o en un entorno hospitalario ambulatorio. La ley excluye ciertos medicamentos de la definición de medicamentos reembolsables de la Parte B, como las vacunas preventivas de la Parte B.

Original Medicare (Medicare Tradicional o **tarifa por Servicio de Medicare**): es un programa que ofrece el gobierno, no un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Dentro de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de los pagos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare está compuesto por dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para obtener los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y su inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo a cargo del miembro: el monto máximo que le corresponde pagar durante un año calendario, por lo general en el momento en que se obtienen los servicios, para los servicios cubiertos de la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Las primas del plan y las primas de Medicare Parte A y Parte B no cuentan en el máximo a su cargo.

Monto máximo a su cargo: importe máximo que puede llegar a pagar durante un año calendario por los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan y las primas de Medicare Parte A y Parte B no se cuentan en el monto máximo a su cargo.

Monto permitido: el monto en dólares que Blue Care Network ha aceptado pagar por los servicios de atención médica cubiertos por su plan. Puede ser mayor o menor que el monto que un médico o un proveedor cobra. Cualquier copago o deducible necesario se descuenta de este monto antes de hacer el pago.

Observación (observación ambulatoria): una estadía para observación es una estadía hospitalaria ambulatoria en la que recibe servicios cubiertos por Medicare que son médicamente necesarios para determinar si requiere un tratamiento más prolongado como paciente hospitalizado o si está lo suficientemente bien como para regresar a su hogar. Puede permanecer más de un día en observación. Los servicios de observación pueden prestarse en el departamento de emergencias o en otra área del hospital. *(Consulte también Hospitalización).*

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica en ejercicio pagados por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Parte A: por lo general, le ayuda a cubrir servicios proporcionados por proveedores tales como los hospitales (para servicios de internación), centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar.

Parte B: cubre la mayoría de los servicios médicos que no cubre la Parte A (tales como servicios de los médicos y otros servicios ambulatorios) y determinados artículos (como equipos médicos duraderos y suministros).

Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Período anual de inscripción: el período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Período de beneficios: es la manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que da a los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no recibió ninguna atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante más de 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar a otro plan de Medicare Advantage u obtener la cobertura de Original Medicare. Si elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial: un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Entre las situaciones por las cuales podría ser elegible para el período de inscripción especial, se encuentran: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un asilo de ancianos o si no respetamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65, su período de inscripción inicial es de 7 meses; comienza tres meses antes del mes (incluido) en que cumple 65 y finaliza tres meses después del mes en que cumplió los 65.

Plan de Medicare Advantage (MA): en ocasiones se lo llama Medicare Parte C. Un plan que ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud), ii) PPO (Organización de Proveedores Preferidos), iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan de una cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare

Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de necesidades especiales para atención crónica: los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a personas elegibles con MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el CFR 42 422.2, incluso la inscripción limitada según los grupos de afecciones múltiples comunes asociadas y clínicamente vinculadas que se especifican en el CFR 42 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona más atención centrada en la salud para grupos de personas específicos, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, residen en un asilo de ancianos o padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: lo ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Esta expresión abarca todos los planes de Medicare Advantage, planes de Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración o pilotos y Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de apoyo a largo plazo (LTSS) para personas en estado de salud delicado para ayudarlas a seguir siendo independientes y a que vivan en su comunidad (en vez de mudarse a un asilo de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Quienes se inscriben en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales para beneficiarios con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como asistencia médica de un plan estatal con Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado del que se trate y la elegibilidad de la persona.

Pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por empresas aseguradoras privadas para cubrir las *brechas (gaps)* en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: pago periódico a Medicare, una empresa de seguro o un plan de atención médica por la cobertura de la salud o de medicamentos recetados.

Procedimiento de diagnóstico: pruebas para descartar o confirmar un diagnóstico sospechado ante un signo o un síntoma de una enfermedad. El procedimiento de diagnóstico no es lo mismo que uno de detección. Si se detecta un síntoma de enfermedad, como un pólipo u otra anormalidad, durante un procedimiento de detección, el procedimiento se considera de diagnóstico.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

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

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro que no tienen contrato con nuestro plan para coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son los que no están empleados ni pertenecen u operan con nuestro plan.

Punto de servicio (POS): BCN Advantage Elements tiene un beneficio de punto de servicio, el cual permite a los miembros recibir atención con autorización previa cuando viajan fuera del área de servicio.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o los proveedores, entre ellas, una queja relacionada con la calidad de la atención. No guarda relación con disputas de cobertura ni de pago.

Queja: la denominación formal de hacer una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de queja se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención que recibe como cliente. También incluye las quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelaciones.

Radiología terapéutica: (llamada también radiación oncológica o radioterapia) es un tratamiento con radiación que se realiza para el cáncer y otras enfermedades.

Red: Una red es un grupo de proveedores o farmacias que están bajo contrato o acuerdo con nuestra organización para ofrecer el paquete de beneficios aprobado por CMS. *Consulte el Capítulo 1 (Cómo comenzar como miembro), Sección 6.*

Rehabilitación cardíaca de fase III: los programas de rehabilitación cardíaca de fase III se consideran programas de mantenimiento, no requieren monitoreo ni supervisión médica, y no se consideran médicamente necesarios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener más información sobre la rehabilitación cardíaca.

Servicio de atención al cliente: es un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

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

Servicios cubiertos: la expresión que usamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios abarcan la fisioterapia, la terapia del habla y el lenguaje y la terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si es irrazonable, dada su situación, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato.

Ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o empeoramientos inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan está temporalmente no disponible.

Tarifa de administración: es el costo asociado con que le administren una inyección.

Terapia del habla: abarca ejercicios que brindan profesionales de atención médica con licencia para recuperar y fortalecer las capacidades para hablar o tragar.

Terapia ocupacional: terapia brindada por profesionales de atención médica con licencia que lo ayudan a aprender cómo realizar actividades cotidianas, como comer y vestirse por su cuenta.

Tratamiento de infusión en el hogar: la infusión en el hogar es un método alternativo para administrar medicamentos directamente en el cuerpo en vez de por vía oral y en lugar de recibir el mismo tratamiento en un hospital. Algunos tipos de infusión son quimioterapia, hidratación, manejo del dolor y tratamiento con antibióticos.

ANEXO A

Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos

Anexo A. Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos

En el caso de los siguientes tipos de equipos médicos duraderos, BCN Advantage limita la cobertura para las siguientes marcas o modelos:

Dispositivos de presión continua de las vías respiratorias (CPAP):

- Resmed
- Respironics

Los dispositivos de CPAP anteriores deben incluir, como equipo estándar, la humidificación térmica integrada y deben tener una garantía mínima de dos años del fabricante.

Concentradores de oxígeno:

- Caire
- DeVilbiss
- Drive Medical
- Invacare
- Respironics
- SeQual

Los concentradores mencionados deben tener una función integrada de análisis de flujo continuo con alarma de sensor automático, una garantía mínima del fabricante de cinco años y un nivel mínimo de fábrica de concentración de la producción de oxígeno en cualquier nivel de flujo de al menos un 87 %.

Medidores de glucemia continuos para diabéticos (solo disponible en una farmacia de la red):

- FreeStyle Libre
- Dexcom G Series

Monitores de glucosa en sangre tradicionales y tiras de prueba (disponibles en una farmacia de la red*):

- OneTouch® Ultra®*
- OneTouch® Ultra® 2*
- OneTouch® Ultra® Mini*
- OneTouch Verio®*
- Sistema de monitoreo de glucosa en sangre OneTouch Verio Flex®*
- Sistema de monitoreo de glucosa en sangre OneTouch Verio IQ®*
- Tiras de prueba OneTouch Verio® OneTouch Verio Reflect®*

- OneTouch
- FreeStyle
- Glucocard
- Contour
- Foracare
- EasyMax
- Prodigy
- Accu-Chek

Lancetas:

- FreeStyle
- Delica (con necesidad médica documentada adicional)
- OneTouch
- Medicore ReadyLance Safety (con necesidad médica documentada adicional)
- Aqualance y equivalentes
- AccuCheck SoftClix (con necesidad médica documentada adicional)
- AccuCheck FastClix (con necesidad médica documentada adicional)

Dispositivo de lanceta:

- FreeStyle
- OneTouch
- Aqualance y equivalentes
- Accu-Check

Bombas de insulina:

- Medtronic MiniMed
- Tandem t:slim

Suministros para bombas de insulina:

- Medtronic MiniMed
- Tandem t:Slim

Servicio de Atención al Cliente de BCN Advantage

Llame al	**1-800-450-3680** Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este) de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este) de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
Fax	**1-866-364-0080**
Escriba a	**BCN Advantage** Mail Code A02B P.O. Box 441936 Detroit, MI 48244
Sitio web	**www.bcbsm.com/medicare**

Programa de ayuda para Medicare de Michigan

El Programa de ayuda para Medicare de Michigan es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Llame al	**1-800-803-7174**
TTY	**711**
Escriba a	Michigan Medicare Assistance Program 6105 West St. Joseph Hwy., Suite 103 Lansing, MI 48917-4850
Sitio web	**www.mmapinc.org**

Declaración de divulgación de la PRA
En conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.