blue CALIFORNIA

Evidencia de Cobertura

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados de medicare como miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

Condados de Riverside y San Bernardino

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA040-EOC-SBRVS-1025

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para el año 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención de la salud y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento le explica sus beneficios y derechos. Úselo para obtener información sobre lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de nuestro plan.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones que exigen las leyes relacionadas con Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Esta llamada es gratis.

Este plan, Blue Shield 65 Plus Choice Plan, es ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). (En esta Evidencia de Cobertura, los términos "nosotros", "nos" o "nuestro/a/os/as" hacen referencia a California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). Los términos "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a Blue Shield 65 Plus Choice Plan).

Este documento está disponible gratis en español.

Esta información puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande, CD de audio o CD de datos. Llame a Servicio al Cliente al número indicado más arriba si necesita la información del plan en otro formato. Si desea recibir los materiales de su plan por correo electrónico, inicie sesión en blueshieldca.com/login, vaya a su panel "myblueshield" y haga clic en "Edit Profile" (Editar perfil) para ir a su página de perfil. Después, seleccione "Yes, save paper, Send by Email" (Sí, deseo ahorrar papel; enviar por correo electrónico) en "Communications preferences" (Preferencias de comunicación) para indicar que prefiere esa forma de entrega. Si no tiene una cuenta, haga clic en "Create account" (Crear una cuenta) y seleccione "Email" (Correo electrónico) como forma de entrega durante el proceso de registro.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence el 31 de agosto de 2026)

Es posible que, a partir del 1 de enero de 2027, haya cambios en los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros.

Nuestro formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre todos los cambios que podrían afectarlo al menos 30 días antes.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias de bajo costo con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red e incluso para saber si hay alguna farmacia de bajo costo con costo compartido preferido en su área, llame al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2026**.

Índice

CAPÍTULO 1: Los primeros pasos como miembro 6

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan 6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía 8
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield 65 Plus Choice Plan 21
SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 32
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 34
SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador 35

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para recibir sus servicios médicos 36

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red de nuestro plan para recibir su atención médica 38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de una emergencia, un desastre o una necesidad de atención urgente 42
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos? 45
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 45
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica 47
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de equipos médicos duraderos 48

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar 51

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos 51
SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos indica sus beneficios médicos y los costos..... 53
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 183

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.... 187

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan..... 187
SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de envíos al hogar de nuestro plan 187
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan 192
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 194
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que a usted le gustaría 196
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 198
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos..... 201
SECCIÓN 8 Cómo hacer surtir una receta 203
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 203
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos 205

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D..... 208

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 208
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield 65 Plus Choice Plan 211
SECCIÓN 3 En la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* se explica en qué etapa de pago está usted 211
SECCIÓN 4 Etapa de Deducible 213
SECCIÓN 5 Etapa de Cobertura Inicial..... 213
SECCIÓN 6 Etapa de Cobertura para Catástrofes 220
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D..... 221

CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra porción de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 224

SECCIÓN 1 Casos en los que usted debería pedirnos que paguemos nuestra porción por los servicios o medicamentos cubiertos..... 224

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos una devolución o que paguemos una factura que usted recibió 227
SECCIÓN 3 Analizaremos su pedido de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa 228

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 229

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... 229
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 237

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 239

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 239
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada..... 239
SECCIÓN 3 Qué proceso debe usar para solucionar su problema..... 240
SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones 241
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 244
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 253
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en un hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto..... 264
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto 269
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 274
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes..... 277

CAPÍTULO 10: Cómo terminar su membresía en nuestro plan..... 282

SECCIÓN 1 Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan..... 282
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan? 282
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?..... 285
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía termine, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan..... 286
SECCIÓN 5 Blue Shield 65 Plus Choice Plan debe terminar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones..... 286

CAPÍTULO 11: Avisos legales 288

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 288
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 288
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 289
SECCIÓN 4 Administración de la *Evidencia de Cobertura* 289
SECCIÓN 5 Colaboración del miembro 289
SECCIÓN 6 Cesión 289
SECCIÓN 7 Responsabilidad del empleador 289
SECCIÓN 8 Responsabilidad de las agencias gubernamentales 290
SECCIÓN 9 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos 290
SECCIÓN 10 Beneficios de compensación por accidentes de trabajo o por responsabilidad civil del empleador 290
SECCIÓN 11 Recuperación de un pago en exceso 290
SECCIÓN 12 Lesiones causadas por terceros 291
SECCIÓN 13 Aviso sobre la participación en el intercambio de información de la salud 292
SECCIÓN 14 Denuncia de fraude, desperdicio y abuso 293

CAPÍTULO 12: Definiciones 294

CAPÍTULO 1:
Los primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Shield 65 Plus Choice Plan, que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir su cobertura de atención de la salud y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, en este plan, el costo compartido y el acceso a los proveedores son diferentes a los de Medicare Original.

Blue Shield 65 Plus Choice Plan es un plan Medicare Advantage de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) forma parte de nuestro contrato con usted sobre la manera en que Blue Shield 65 Plus Choice Plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos, a veces, se los llama cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato será válido durante los meses en los que usted esté inscrito en Blue Shield 65 Plus Choice Plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

En cada nuevo año calendario, Medicare nos deja hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Blue Shield 65 Plus Choice Plan después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Cada año, Medicare (el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid]) debe aprobar Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). En el caso de las personas encarceladas, por más que estén ubicadas físicamente en el área geográfica de servicio, no se considera que vivan en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está en el país de manera legal.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Blue Shield 65 Plus Choice Plan está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: condados de San Bernardino y Riverside.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o para inscribirse en un plan de atención de la salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que se comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

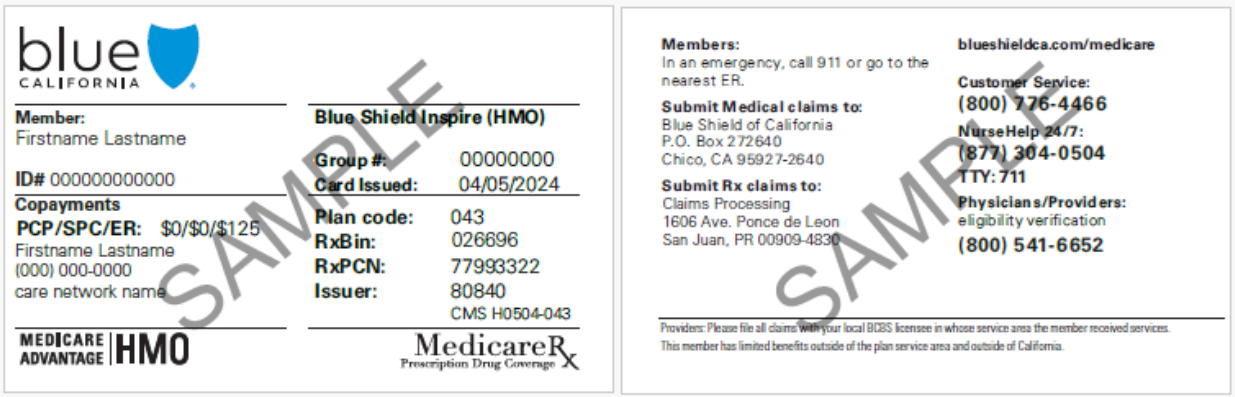
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en el país

Usted debe ser ciudadano estadounidense o estar en los Estados Unidos de manera legal para poder ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid]) le avisará a Blue Shield 65 Plus Choice Plan si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según esta condición. Blue Shield 65 Plus Choice Plan deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para pedir los medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe presentarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba mostrarla cuando necesite servicios hospitalarios o servicios de cuidados para pacientes terminales, o cuando participe en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* (**blueshieldca.com/find-a-doctor**) incluye una lista de los proveedores que actualmente forman parte de nuestra red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total por los servicios.

Usted debe usar los proveedores de la red para recibir la atención y los servicios médicos. Si se atiende fuera de la red sin la autorización correspondiente, deberá pagar la totalidad del costo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios

cuando la red no está disponible (es decir, en aquellas situaciones en las que no es razonable ni posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Blue Shield 65 Plus Choice Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la versión más actualizada de la lista de proveedores en nuestro sitio web **blueshieldca.com/find-a-doctor**.

Si no tiene el *Directorio de Proveedores*, puede pedirle una copia (electrónica o en papel) a Servicio al Cliente llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Si pide el *Directorio de Proveedores* en papel, se le enviará por correo postal dentro de los siguientes 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias,* **blueshieldca.com/medpharmacy2026**, incluye una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son las que acordaron surtir las recetas de medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre las situaciones en las que puede usar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan.

En el *Directorio de Farmacias*, también se indican las farmacias de la red que tienen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede pedirle una copia a Servicio al Cliente llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web **blueshieldca.com/medpharmacy2026** o llamando a Servicio al Cliente.

Sección 3.4 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una Lista de Medicamentos Cubiertos (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos que tengan precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare estarán incluidos en la Lista de Medicamentos, a menos que se hayan quitado y reemplazado según lo descrito en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de Blue Shield 65 Plus Choice Plan.

La Lista de Medicamentos también le informa si hay alguna norma que restrinja la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, visite **blueshieldca.com/medformulary2026** o llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes

	Sus costos para el año 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$0**
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	**$800**
Visitas a consultorio del médico de atención primaria	**$0 de copago por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	**$0 de copago por visita**
Estadías en un hospital como paciente internado	**Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:** **$0 de copago por admisión**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles).	**$340 por los medicamentos del Nivel 3 al Nivel 5, salvo las insulinas cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos**

	Sus costos para el año 2026
Cobertura de los medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluida la información sobre la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes).	**Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Medicamentos del Nivel 1: $0 o $5*** **Medicamentos del Nivel 2: $3 o $10*** **Medicamentos del Nivel 3: 20 % de coseguro Usted pagará $35 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.** **Medicamentos del Nivel 4: 25 % de coseguro Usted pagará $35 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.** **Medicamentos del Nivel 5: 29 % de coseguro** *** La primera cantidad que se indica es lo que usted paga si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido.** **La segunda cantidad que se indica es lo que usted paga si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar.**

	Sus costos para el año 2026
	Etapa de Cobertura para Catástrofes: **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.** **Es posible que deba pagar un costo compartido por los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima del beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (Sección 4.5)
- Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Blue Shield 65 Plus Choice Plan.

Si usted *ya está* recibiendo ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique a su caso**. Le enviamos otro documento que se llama *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos* [LIS, por sus siglas en inglés] o *Cláusula adicional de LIS*), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional de LIS*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. Si usted no es elegible para obtener acceso a la Parte A sin pagar una prima, es posible que también deba pagar una prima por la Parte A.

Sección 4.3 Prima del beneficio suplementario opcional

Si usted se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios suplementarios opcionales*, pagará una prima adicional por cada mes que tenga estos beneficios adicionales. (Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).

Blue Shield 65 Plus Choice Plan ofrece dos planes dentales suplementarios opcionales: el plan dental HMO y el plan dental PPO. La prima mensual del plan dental HMO suplementario opcional es de **$16.00**, y la prima mensual del plan dental PPO suplementario opcional es de **$49.00**.

Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar para la cobertura de la Parte D si en algún momento, después de que haya terminado su Período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. Usted deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La primera vez que se inscribe en Blue Shield 65 Plus Choice Plan, le informamos la cantidad de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Usted **no** debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos;
- si estuvo menos de 63 días seguidos sin una cobertura acreditable;
- si tuvo una cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un exempleador, una unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos [VA, por sus siglas en inglés]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** El aviso o la carta debe especificar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, las clínicas gratis y los sitios web de descuentos para medicamentos no se consideran cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Medicare determina la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Funciona de esta manera:

- Si estuvo 63 días o más sin la cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, nuestro plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima básica nacional para beneficiarios). En el año 2026, esta cantidad de la prima promedio será de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional para beneficiarios y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por $38.99, lo que equivale a $5.458. Esto se redondea a $5.46. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual de quienes deban pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres puntos importantes que debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **Es posible que la multa cambie todos los años** porque la prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar todos los años.
- **Usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso aunque cambie de plan.
- Si usted tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D volverá a cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se calculará únicamente según los meses en los que no tenga cobertura después de su Período de inscripción inicial al cumplir la edad requerida para obtener acceso a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes a la fecha que aparece en la primera carta que recibió, donde se le informaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre la multa. Si lo hace, puede cancelarse su membresía por no pagar las primas de nuestro plan.

Sección 4.5 Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar una tarifa adicional, conocida como "cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos" (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Para calcular la tarifa adicional, se usan los ingresos brutos ajustados y modificados que indicó en el informe de declaración de impuestos del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) de hace 2 años. Si sus ingresos superan cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que quizá deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si usted tiene que pagar una IRMAA adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta en la que le indicará cuál es esa cantidad adicional. La cantidad adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague habitualmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que se debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagarle esa IRMAA adicional al Gobierno. No puede pagarla junto con su prima mensual del plan. Si usted no paga la IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con pagar una IRMAA adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si usted está participando en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, todos los meses pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de atención de la salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos

recetados que recibe más el saldo del mes anterior, todo esto dividido por la cantidad de meses que queden en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos indicados en el Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo se paga la multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay tres maneras distintas de pagar la multa.

Supondremos que usted usa la opción 1 y le enviaremos una factura mensual, a menos que haya seleccionado otra opción en su formulario de inscripción en el plan cuando se inscribió por primera vez o que se haya comunicado con nosotros para hacer un cambio en una de las opciones que se detallan a continuación.

Opción 1: Pago con cheque

Su multa por inscripción tardía de la Parte D tiene vencimiento mensual y debe pagarse con un cheque, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Envíe por correo postal todos los pagos hechos con cheque usando el sobre con franqueo pagado incluido en su factura mensual. Si pierde su sobre con franqueo pagado, la dirección a la que debe enviar los pagos es la siguiente:

Blue Shield of California – Medicare Advantage
P.O. Box 745843
Los Angeles, CA 90074-5843

Haga todos los cheques a nombre de “Blue Shield of California”.

Opción 2: Pagos electrónicos

En vez de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D con cheque, puede pagarla por Internet o por teléfono usando su tarjeta de crédito/débito o su cuenta bancaria para pagos únicos, o podrá inscribirse en AutoPay (servicio de pago automático). La inscripción en AutoPay es fácil y le permitirá hacer pagos automáticos mensuales a través de su tarjeta de crédito/débito o su cuenta bancaria. Para obtener más información sobre sus opciones de pago y sobre cómo inscribirse en AutoPay, visítenos en

blueshieldca.com/medicarewaystopay o llame al número de Servicio al Cliente que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Opción 3: Deducción de las multas por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que su nuevo método de pago demore hasta 3 meses en aplicarse. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al número que está en la parte de atrás de este documento.

Si tiene algún problema para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D debe pagarse en nuestras oficinas, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Si no recibimos el pago antes del último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura, le enviaremos un aviso para informarle que terminaremos su membresía en nuestro plan si no recibimos el pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D (en el caso de que la deba) dentro de un período de gracia de 3 meses. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene algún problema para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo (en el caso de que la deba), llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber si podemos indicarle programas que le ayuden a pagar sus costos.

Si terminamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D (en el caso de que la deba), usted tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original. Es posible que no pueda recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de inscripción abierta. (Si usted está sin una cobertura acreditable de medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento que terminemos su membresía, es posible que todavía nos deba multas pendientes. Tenemos derecho a exigir el pago de la cantidad que usted deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad que debe para poder inscribirse.

Si usted cree que terminamos su membresía de manera errónea, puede presentar una queja (también llamada reclamo). Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control y no pudo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D (en el caso de que la deba) dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Si recibimos una queja, revisaremos nuevamente nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al (800) 776-4466, entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711. Usted debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que termina su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido cambiar la cantidad de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima se cobrará a partir del 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía (en el caso de que deba una) o es posible que deba empezar a pagarla. Esto podría pasar si usted obtiene o pierde la elegibilidad para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y durante el año es elegible para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la ayuda adicional del programa Extra Help y no tiene la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Obtenga más información sobre la ayuda adicional del programa Extra Help en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información obtenida de su formulario de inscripción, como su dirección y su número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan, como su médico de atención primaria y su grupo médico/IPA.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus cantidades de costo compartido**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Avísenos si hace alguno de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, una compensación por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si es admitido en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención de un hospital o una sala de emergencias fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (por ejemplo, una persona que brinda cuidados).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, avísenos llamando a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga, para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta donde se detallará cualquier otra cobertura médica o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Es posible que deba brindar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme la identidad de estas) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de un empleador), las normas de Medicare definen si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (“el pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en

segundo lugar (“el pagador secundario”) únicamente paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague los costos que no fueron cubiertos. Si usted tiene otro seguro, avíseles al médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o de una unión:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o del empleo actual de un familiar, quien paga primero depende de su edad, de la cantidad de empleados que tenga el empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por discapacidad o por enfermedad de riñones en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés):
    - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare por ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios que se relacionan con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por la enfermedad del pulmón negro
- Compensación por accidentes de trabajo

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Será un placer brindarle ayuda.

Información de contacto de Servicio al Cliente	
Tel.	(800) 776-4466 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. Llame al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
Fax	(877) 251-6671
Correo	Blue Shield 65 Plus Choice Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

Cómo pedir una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para pedir decisiones de cobertura sobre su atención médica	
Tel.	(800) 776-4466 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. Llame al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
Fax	(877) 251-6671
Correo	Blue Shield 65 Plus Choice Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

Cómo pedir una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para pedir decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D	
Tel.	(800) 776-4466 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. Llame al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
Fax	(888) 697-8122
Correo	Blue Shield 65 Plus Choice Plan P.O. Box 2080 Oakland, CA 94604-9716
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

Cómo presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para presentar apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D	
Tel.	(800) 776-4466 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. Llame al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
Fax	(916) 350-6510
Correo	Blue Shield 65 Plus Choice Plan Appeals & Grievances Department P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web	**blueshieldca.com/medappeals**

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D

Usted puede presentar una queja acerca de nuestro plan o alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas relacionadas con la cobertura o con los pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para presentar quejas sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D	
Tel.	(800) 776-4466 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. Llame al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
Fax	(916) 350-6510
Correo	Blue Shield 65 Plus Choice Plan Appeals & Grievances Department P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Blue Shield 65 Plus Choice Plan directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que cree que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía un pedido de pago y rechazamos alguna parte de su pedido, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Información de contacto para presentar pedidos de pago	
Tel.	(800) 776-4466 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. Llame al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.

Información de contacto para presentar pedidos de pago por atención médica	
Fax	(877) 251-6671
Correo	Blue Shield 65 Plus Choice Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856

Información de contacto para presentar pedidos de pago por medicamentos recetados de la Parte D	
Correo	Claims Processing 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidad y las personas con enfermedad de riñones en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

El organismo federal a cargo de Medicare se llama Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid). Este organismo tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare	
Tel.	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención de la salud que participen en Medicare. • Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de bienestar).

Información de contacto de Medicare (cont.)	
Sitio web	• Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención de la salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de cuidados para pacientes terminales, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Blue Shield 65 Plus Choice Plan. **Para presentar una queja ante Medicare,** visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que tiene consejeros entrenados en todos los estados, ofrece ayuda gratis, brinda información y responde sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés).

El HICAP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratis sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Los consejeros del HICAP pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento, y a resolver problemas relacionados con sus facturas de Medicare. Los consejeros del HICAP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a entender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

Información de contacto del HICAP (SHIP de California)	
Tel.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.

Información de contacto del HICAP (SHIP de California) (cont.)	
Correo	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200, Sacramento, CA 958333
Sitio web	**https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/**

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Se designa una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) para brindar servicios a las personas con Medicare en cada estado. En el caso de California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health (ex-Livanta).

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a quienes Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Las inquietudes relacionadas con la calidad de la atención incluyen por ejemplo, recibir medicamentos equivocados, que le hagan pruebas o procedimientos innecesarios, o recibir un diagnóstico incorrecto.
- Si cree que la cobertura de su estadía en un hospital está terminando demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de su atención de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

Información de contacto de Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)	
Tel.	(877) 588-1123 De 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes; de 10:00 a. m. a 4:00 p. m., los sábados, domingos y días feriados. Servicio de buzón de voz disponible las 24 horas.

Información de contacto de Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California) (cont.)	
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	**www.livantaqio.cms.gov**

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que debe pagar esta cantidad adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad, o si sus ingresos se redujeron como consecuencia de un evento que cambió su situación de vida, puede comunicarse con el Seguro Social para pedir una reconsideración.

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

Información de contacto del Seguro Social	
Tel.	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Use los servicios de telefonía automática del Seguro Social para obtener información grabada y hacer trámites durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Los **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (QI, por sus siglas en inglés):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos calificados con discapacidad y trabajadores (QDWI, por sus siglas en inglés):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorros de Medicare y Medicaid, comuníquese con la oficina de Medi-Cal o con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California.

Información de contacto del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California	
Tel.	(800) 541-5555 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	(866) 784-2595 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Sitio web	**www.dhcs.ca.gov**

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

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

Extra Help (Ayuda Adicional) de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Extra Help (Ayuda Adicional) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibe ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La ayuda adicional también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help, Medicare le enviará por correo postal una carta de color morado para informárselo. Si no califica automáticamente, puede pedirla en cualquier momento. Para saber si califica para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para pedirla por Internet.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Cuando pide la ayuda adicional del programa Extra Help, también puede empezar el proceso para pedir un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará la información a su estado para empezar el pedido de un MSP, a menos que usted le indique lo contrario en el pedido de ayuda adicional del programa Extra Help.

Si usted califica para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener pruebas de la cantidad de copago correcta. Si ya tiene pruebas que demuestren la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir estas pruebas con nosotros.

- Si desea recibir ayuda para obtener pruebas de su nivel de copago correcto, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y pedir que le enviemos por correo postal o por fax una lista de los documentos aceptables como pruebas, o podemos leerle la lista por teléfono. Una vez que consiga las pruebas, o si ya las tiene, puede enviárnoslas por fax al (877) 251-6671 o

por correo postal a Blue Shield 65 Plus Choice Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando reciba su próximo medicamento recetado. Si paga de más en su copago, le devolveremos el dinero, ya sea mediante un cheque o con un crédito para futuros copagos. Si la farmacia no le cobró un copago y usted le debe una cantidad, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacerle el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

¿Qué pasa si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help y tiene la cobertura de un Programa de Ayuda con Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda con Medicamentos para el Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas con VIH/sida a obtener acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también estén en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del ADAP de California. Para obtener más información, comuníquese con el ADAP de California al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visite el sitio web https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen: demostrar que vive en ese estado, que tiene VIH y que tiene bajos ingresos (según la definición del estado), y carecer de seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, infórmeselo al personal de inscripción del ADAP local para poder seguir recibiendo la ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de California al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visite el sitio web https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y se queda en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el año 2026.** Para obtener más información sobre esta

opción de pago, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Información de contacto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	
Tel.	(833) 696-2087 Las llamadas a este número son gratis. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
Fax	(440) 557-6585
Correo	SimplicityRx Blue Shield 65 Plus Choice Plan Medicare Prescription Payment Program Election Department 13900 N. Harvey Ave. Edmond, OK 73013
Sitio web	**Activate.RxPayments.com**

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) es una agencia federal independiente que administra programas completos de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, infórmele a la agencia si se muda o si cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Información de contacto de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	
Tel.	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Para hablar con un representante de la RRB, presione “0”. El horario de atención es de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Para tener acceso a la línea de ayuda automatizada de la RRB, presione “1”. La información grabada está disponible las 24 horas, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratis.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan y tiene alguna pregunta, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador/de la unión o llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Puede hacer preguntas sobre los beneficios, las primas o el período de inscripción del plan de salud de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge o pareja doméstica). Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare con este plan, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo usar nuestro plan para recibir sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que debe saber a la hora de usar nuestro plan para obtener su cobertura de atención médica. Para conocer más detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud con licencia del estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago total por los servicios. Hemos acordado que estos proveedores les brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando va a un proveedor de la red, usted paga únicamente su porción del costo por los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica y todos los servicios de atención de la salud, suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se indican en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para los medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Como plan de salud de Medicare, Blue Shield 65 Plus Choice Plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, Blue Shield 65 Plus Choice Plan cubrirá su atención médica siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que reciba debe estar incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan**, que está en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su problema médico y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por adelantado (una referencia) para que pueda ir a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias para la atención de la salud en el hogar. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita una referencia de su PCP para la atención de emergencia ni para los servicios urgentemente necesarios. Para conocer otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Las siguientes son tres excepciones*:*
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué son la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas disponibles en nuestra red que la brinden, puede recibir esa atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, usted pagará la misma cantidad que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Asegúrese de obtener una referencia (aprobación por adelantado) de su PCP antes de ir a un proveedor fuera de la red. Para saber cómo obtener la aprobación para ir a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente. El costo compartido que le paga a nuestro plan por el servicio de diálisis nunca puede ser

mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe el servicio de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor que habitualmente le brinda el servicio de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide recibir el servicio dentro del área de servicio con un proveedor que no forma parte de la red del plan, es posible que el costo compartido del servicio de diálisis sea más alto.

SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red de nuestro plan para recibir su atención médica

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

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

Al convertirse en miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP es un profesional de atención de la salud que cumple con los requisitos estatales y está entrenado para brindarle atención médica básica. Por lo general, los PCP están incluidos en una de las siguientes cuatro categorías, como se detalla en el Directorio de Proveedores de Blue Shield 65 Plus Choice Plan: medicina familiar, medicina general, medicina interna y obstetricia/ginecología (OB/GYN, por sus siglas en inglés).

Como explicamos a continuación, recibirá su atención básica o de rutina por medio de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro del plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, por lo general, primero necesita obtener la aprobación de su PCP (esto se llama “obtener una referencia para un especialista”).

La coordinación de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan los detalles y el progreso de su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP tiene que aprobarlos por adelantado (por ejemplo, debe brindarle una referencia para que consulte a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) de nuestro plan o de su grupo médico. Como su PCP será quien brinde y coordine su atención médica, usted deberá encargarse de que el consultorio de su PCP reciba todos sus registros médicos anteriores.

¿Cómo se elige a un PCP?

Cuando se inscribe en Blue Shield 65 Plus Choice Plan, usted tiene acceso a un directorio de proveedores que incluye los médicos que brindan atención a nuestros miembros, junto con el

grupo médico y los especialistas afiliados. El directorio de proveedores también incluye los hospitales de la red donde puede recibir atención.

Usted deberá elegir a su PCP de esta lista de proveedores y escribir el nombre y el número de identificación del médico en su formulario de inscripción.

Cuando elige a su PCP, también está eligiendo los hospitales y la red de especialistas asociados con su PCP. Si hay un especialista o un hospital de la red en particular que usted desee usar, asegúrese primero de que su PCP haga referencias a ese especialista o use ese hospital.

Una vez que esté inscrito en el plan, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan incluye el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier razón y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan; en ese caso, deberá elegir un nuevo PCP. Tenga en cuenta que, si cambia su PCP, podría quedar limitado a los especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP hace las referencias (p. ej., subredes o circuitos de referencias).

Para cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente. Si llama antes del día 15 del mes, su traspaso a un nuevo PCP será válido a partir del primer día del mes siguiente.

Al llamar, asegúrese de informarle a Servicio al Cliente si se está atendiendo con especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitaron la aprobación de su PCP (por ejemplo, servicios de atención de la salud en el hogar y equipos médicos duraderos). Cuando cambie de PCP, Servicio al Cliente se asegurará de que usted pueda seguir recibiendo la atención especializada y los demás servicios que haya estado recibiendo. También verificará que el PCP al que desea cambiarse esté aceptando pacientes nuevos. Servicio al Cliente cambiará su registro de membresía para que aparezca el nombre de su nuevo PCP y le indicará cuándo se aplicará este cambio.

Además, le enviará una nueva tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una referencia del PCP

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

- Atención de rutina de la salud femenina, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes ginecológicos, siempre y cuando reciba esta atención de un proveedor de la red.

- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red y de proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentemente necesarios cubiertos por el plan son servicios que exigen una atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o las recaídas inesperadas por enfermedades existentes. Las visitas de rutina a proveedores que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios urgentemente necesarios, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o aunque la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.
- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) antes de irse del área de servicio para que podamos coordinar su sesión de diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a los pacientes que tienen enfermedades del corazón.
- Los ortopedas tratan a los pacientes que tienen ciertos problemas de salud en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Cuando su PCP crea que usted necesita recibir un tratamiento especializado, pedirá una referencia (aprobación por adelantado) para que usted visite a un especialista del plan o a otros proveedores específicos. Para algunos tipos de referencias, es posible que su PCP deba obtener una aprobación por adelantado (esto se llama obtener una autorización previa) de nuestro plan. Para obtener más información sobre qué servicios exigen una autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este documento.

Es muy importante obtener una referencia (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar con un especialista del plan o con otros proveedores específicos (hay algunas excepciones, como la atención de rutina de la salud femenina que explicamos más adelante en esta sección). Si no tiene una referencia (aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que usted deba pagar por los servicios.

Si el especialista le recomienda que vuelva para brindarle más atención, primero asegúrese de que la referencia (aprobación por adelantado) que le dio su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

Cuando elige a su PCP, también está eligiendo los hospitales y la red de especialistas asociados con su PCP.

Si hay especialistas específicos a los cuales desea ir, averigüe si su PCP envía pacientes a esos especialistas. Cada PCP de la red tiene ciertos especialistas del plan para referir a los pacientes. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar a qué especialistas puede consultar. Por lo general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no puede referirlo. Más arriba en este capítulo, en la Sección 2.1, “Cómo cambiar de PCP”, le explicamos cómo puede cambiar de PCP. Si hay hospitales específicos que desea usar, primero debe averiguar si su PCP trabaja con esos hospitales. Tenga en cuenta que, si cambia su PCP, podría quedar limitado a los especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP hace las referencias (p. ej., subredes o circuitos de referencias).

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan

Es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) incluidos en la red de nuestro plan. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y medidas de protección:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos si su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud de la conducta deja nuestro plan, se lo notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de los demás proveedores que usted usa deja nuestro plan, se lo notificaremos si tiene asignado ese proveedor, si actualmente recibe atención médica de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir con su atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias a través de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que se le sigan brindando el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tiene para cambiar de plan.

- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para cubrir sus necesidades médicas, coordinaremos los beneficios cubiertos médicamente necesarios fuera de nuestra red de proveedores por el mismo costo compartido que pagaría dentro de la red. Según el beneficio cubierto, es posible que se necesite una autorización previa, que es responsabilidad de su proveedor.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está brindando de la manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro plan o las dos cosas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita cierta atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y que los proveedores de nuestra red no pueden brindar, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Si esto pasa, su PCP lo referirá al proveedor fuera de la red. Asegúrese de obtener una referencia (aprobación por adelantado) de su PCP antes de ir a un proveedor fuera de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de una emergencia, un desastre o una necesidad de atención urgente

Sección 3.1 Reciba atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad, la invalidez de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema médico que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación ni una referencia de su PCP. No está obligado a usar un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus

territorios, y a través de cualquier proveedor que tenga una licencia estatal adecuada, incluso aunque no forme parte de la red. Nuestro plan cubre la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios sin ningún límite anual combinado en dólares. Consulte *Atención de emergencia* y *Servicios urgentemente necesarios* en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en el Capítulo 4 de este documento para obtener más información sobre cuánto debe pagar.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas siguientes. El número al que debe llamar está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las cuales llegar hasta la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden la atención de emergencia decidirán cuándo su problema de salud se estabilizó y cuándo se da por terminada la emergencia médica.

Cuando la emergencia haya pasado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su problema de salud siga estabilizado. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que puedan comunicarse con nosotros para planificar la atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de organizar lo necesario para que los proveedores de la red puedan encargarse de su atención tan pronto como su problema médico y las circunstancias lo permitan.

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

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que pida atención de emergencia porque cree que su salud está en grave peligro, y que el médico después determine que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si no era una emergencia, pero usted tuvo motivos razonables para creer que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la recibe de una de las siguientes dos formas:

- Si recibe la atención adicional de un proveedor de la red.

- Si la atención adicional que recibe se considera un servicio urgentemente necesario y usted sigue las normas que se indican a continuación para recibir atención urgente.

Sección 3.2 Reciba atención cuando necesita servicios urgentes

Un servicio que exige atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) se considera un servicio urgentemente necesario si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o las recaídas inesperadas por enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios urgentemente necesarios, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o aunque la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Para obtener una lista actualizada de los centros de atención urgente afiliados con su grupo médico, comuníquese con su PCP. También puede buscar los centros de atención urgente disponibles en su área en **blueshieldca.com/find-a-doctor**.

Nuestro plan cubre la atención de emergencia a nivel mundial y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios sin ningún límite anual combinado en dólares. Consulte “Atención de emergencia” y “Servicios urgentemente necesarios” en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en el Capítulo 4 de este documento para obtener más información sobre cuánto debe pagar.

Sección 3.3 Obtenga atención durante un desastre

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

Visite **blueshieldca.com/emergencypolicy** para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede recibir la atención de un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan dejará que reciba la atención de proveedores fuera de la red por el mismo costo compartido que los proveedores de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra porción del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué debe hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

Blue Shield 65 Plus Choice Plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, deberá pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado el límite de un beneficio, lo que pague por los servicios no contará para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los límites de los beneficios y las cantidades máximas de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, el nivel de eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente se les pide a voluntarios que participen en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, podrá seguir inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, únicamente deberá pagar el costo compartido dentro de la red por los servicios que reciba en el ensayo. Si pagó de más (por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costo compartido de Medicare Original), le

reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá brindarnos documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar su eficacia, incluidos ciertos beneficios que exigen cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios con exención para dispositivos en investigación [IDE, por sus siglas en inglés]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras normas del plan).

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, si decide participar en un ensayo clínico calificado de Medicare, le recomendamos que nos lo comunique de manera anticipada.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.

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

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

- Comida y cuarto durante una estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado la porción del costo que le corresponde por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que, por los servicios que reciba como parte del estudio, usted pagará la misma cantidad que la que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar documentación que demuestre cuánto pagó de costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar pedidos de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se hace una prueba de laboratorio que cuesta $100. Su porción

de los costos por esta prueba es de $20 con Medicare Original, pero la prueba cuesta $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original paga $80 por la prueba y usted paga el copago de $20 que exige Medicare Original. Usted le informa a nuestro plan que recibió un servicio en un ensayo clínico calificado y nos envía la documentación (p. ej., una factura del proveedor). Entonces, nuestro plan le paga $10 directamente a usted. De esta manera, su pago neto por la prueba es de $10, la misma cantidad que pagaría mediante los beneficios de nuestro plan.

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 se esté evaluando en el estudio, salvo los casos en que Medicare lo cubriría aunque usted no estuviera participando en el estudio.
- Artículos o servicios que se brindan únicamente para recopilar datos y no se usan en su atención de la salud directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que sean parte de un estudio si su problema médico normalmente requeriría una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación brindan gratis a las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

Sección 6.1 Institución religiosa de atención de la salud no médica

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un centro que brinda atención para un problema de salud que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica. Este beneficio se ofrece únicamente en el caso de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

Para recibir atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica, debe firmar un documento legal que indique que usted, en pleno ejercicio de sus facultades mentales, se opone a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y que *no sea un requisito* de las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que recibe y que *no* es voluntario o que *es un requisito* de las leyes federales, estatales o locales.

Para que nuestro plan cubra la atención que recibe de una institución religiosa de atención de la salud no médica, la atención debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - Debe tener un problema médico que le permitiría recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o de atención en un centro de enfermería especializada.
  - *Y* debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro; de lo contrario, no se cubrirá su estadía.

Se aplican los límites de cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados de Medicare. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los límites de cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados de Medicare).

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será el dueño de los equipos médicos duraderos después de hacer una cierta cantidad de pagos a nuestro plan

Los equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) incluyen artículos como equipos de oxígeno y suministros relacionados, sillas de ruedas, andaderas, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un

proveedor para que los miembros las usen en el hogar. El miembro es dueño de ciertos DME, como las prótesis, pero debe alquilar otros tipos de DME.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en dueñas de los equipos una vez que han pagado los copagos correspondientes a esos equipos durante 13 meses. **Como miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, generalmente no se convertirá en dueño de los DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No se convertirá en el dueño del DME aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el DME a Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la propiedad del DME. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

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

Si usted no se convirtió en dueño del DME mientras era miembro de nuestro plan, deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para poder convertirse en el dueño del equipo. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el equipo en Medicare Original y después se unió a nuestro plan. Los pagos que haya hecho en Medicare Original no cuentan. Deberá hacerle 13 pagos a nuestro plan para poder convertirse en el dueño del equipo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el equipo en Medicare Original y después se unió a nuestro plan. No se convirtió en el dueño del equipo mientras era miembro de nuestro plan. Después, regresa a Medicare Original. Deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de volver a unirse a Medicare Original para poder convertirse en el dueño del equipo. Cualquier otro pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para los equipos de oxígeno y sus suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Blue Shield 65 Plus Choice Plan cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Provisión de oxígeno y sus componentes
- Tubos y accesorios relacionados para la provisión de oxígeno y sus componentes
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si deja de ser miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan o si ya no necesita el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué pasa si deja nuestro plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde los servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. En los 24 meses restantes, el proveedor brinda el equipo y se ocupa del mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, usted puede optar por seguir con la misma compañía o elegir una diferente. En este punto, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si sigue con la misma compañía, y usted deberá pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o si lo deja, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de Beneficios Médicos:
lo que está cubierto y lo que debe pagar

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos detalla sus servicios cubiertos y le indica cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan. En esta sección, también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos de bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos

Los tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Copago:** cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de Beneficios Médicos encontrará más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de Beneficios Médicos encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si usted está en uno de estos programas, asegúrese de presentarle a su proveedor la prueba de su elegibilidad para Medicaid o para el programa QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen límites para la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama cantidad máxima de gastos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, la cantidad MOOP es de $800.**

Las cantidades de copagos y coseguros que usted paga por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Las cantidades que paga por sus medicamentos de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por ciertos servicios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de $800, no deberá pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo a usted

Como miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, usted tiene una importante protección porque solo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle otros cargos adicionales, lo que se llama **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y nosotros no le pagamos ciertos cargos al proveedor.

Así funciona la protección de la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto que obtenga de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted paga nada más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que visita:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones; por ejemplo, cuando usted tiene una referencia o en caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas

situaciones; por ejemplo, cuando usted tiene una referencia o en caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

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

En el Cuadro de Beneficios Médicos que está en las siguientes páginas, se detallan los servicios cubiertos por Blue Shield 65 Plus Choice Plan y la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se incluye en el Capítulo 5). Los servicios detallados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen estas condiciones:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su problema médico y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para las nuevas personas inscritas, su plan Medicare Advantage (MA) de atención coordinada debe ofrecer un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede exigir una autorización previa para ningún tratamiento activo en curso, incluso si el tratamiento comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Debe recibir su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención urgente o de una emergencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una referencia. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba fuera de la red.
- Debe tener un médico de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle una aprobación por adelantado (una referencia) para que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan.
- Algunos de los servicios incluidos en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (lo que generalmente se llama autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan una aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en cursiva.

- Si su plan de atención coordinada aprueba un pedido de autorización previa para un tratamiento en curso, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor que brinda el tratamiento.

Información adicional importante que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros, usted paga *menos.* (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el folleto *Medicare & You 2026* [Medicare y usted 2026]. Puede consultarlo por Internet en www.medicare.gov o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos esos servicios sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control debido a un problema médico existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió por el problema médico existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de servicios nuevos durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

La manzana indica los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Abandono del cigarrillo y el tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para los pacientes ambulatorios y los pacientes hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, sin importar si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Están en pleno uso de sus facultades mentales y están atentos durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda el asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir hasta 4 sesiones moderadas o intensivas, de modo que el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el abandono del cigarrillo y el tabaco.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Debe durar 12 semanas o más. • No debe ser específico, en el sentido de que no debe tener una causa sistémica identificable (es decir, no debe estar asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No debe estar asociado con una cirugía. • No debe estar asociado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Si el paciente no mejora o si tiene un retroceso, el tratamiento debe discontinuarse.	Usted paga $0 para todos los servicios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Requisitos relacionados con los proveedores: Los médicos (según se define en la Sección 1861(r)(1) de la Social Security Act [Ley de Seguro Social, o la Ley]) pueden brindar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes de médicos, los enfermeros de práctica avanzada, los especialistas en enfermería clínica (PA, NP, CNS, respectivamente, por sus siglas en inglés), según se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden brindar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una universidad acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM, Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinde servicios de acupuntura deberá trabajar bajo la supervisión adecuada de un médico, PA o NP/CNS, según lo exigen nuestras regulaciones en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales). Los servicios cubiertos se brindan a través de los proveedores participantes de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información o para encontrar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. También puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan o visitar **blueshieldca.com/find-a-doctor** para encontrar un proveedor participante de ASH Plans.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de venta sin receta (OTC)* Usted tiene una asignación trimestral de **$80** para los medicamentos y suministros de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés). Este beneficio cubre artículos como aspirinas, vitaminas, vendas y preparados para la tos y el resfrío. Otros artículos, como productos cosméticos y suplementos nutricionales, no están cubiertos por este beneficio. El catálogo de artículos de OTC y las instrucciones para hacer pedidos están disponibles por Internet en **blueshieldca.com/medicareOTC**. Puede pedir artículos por teléfono al (888) 628-2770 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora estándar del Pacífico), o por Internet en **blueshieldca.com/medicareOTC**. Se le enviarán sus pedidos sin ningún costo adicional. Los envíos demoran alrededor de 7 días hábiles. Este beneficio se puede usar desde el primer día de cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre). Podrá hacer **dos pedidos** por trimestre y no podrá transferir la asignación que no haya usado al siguiente trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el Catálogo de artículos de OTC para obtener más información. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Usted paga $0.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • son brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad o la invalidez de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una	Usted paga $150 por visita a una sala de emergencias (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su situación de emergencia, usted

Servicio cubierto	Lo que usted paga
enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema médico que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que se reciban fuera de la red es igual al costo compartido que pagaría por recibir los mismos servicios dentro de la red. Tiene cobertura en todo el mundo.* * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	deberá recibir la atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Usted paga $150 por visita a una sala de emergencias o a un centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Usted no tiene ningún límite anual combinado para la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental brindados por un médico o psiquiatra con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica,	Usted paga $30 por cada visita de terapia individual o grupal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
consejero profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés), enfermero de práctica avanzada (NP), asistente del médico (PA) u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios para pacientes ambulatorios brindados por un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un riesgo alto de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma una vez por año. Entre las personas que tienen un riesgo alto de glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, las personas afroamericanas de 50 años o más, y las personas hispanoamericanas de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	• Usted paga $0. • Usted paga $0. • Usted paga $0. • Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor de la red)*	
Los servicios cubiertos incluyen: • Examen de la vista de rutina, que incluye refracción y receta de lentes para anteojos. Si el proveedor le recomienda procedimientos adicionales, usted debe pagar los costos adicionales. Los exámenes para lentes de contacto exigen el pago de tarifas adicionales. Usted debe pagar el costo adicional. • Armazones para anteojos. • Lentes para anteojos o lentes de contacto. Si elige lentes para anteojos, puede optar por lentes simples, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Si elige otros tipos de lentes que no están incluidos en la lista o tratamientos adicionales, deberá pagar los costos adicionales, incluso si el costo total se mantiene dentro de la asignación. **Nota:** Cada año, puede obtener lentes para anteojos o lentes de contacto (pero no los dos) de un proveedor dentro de la red o de un proveedor fuera de la red (pero no de los dos). Tenga en cuenta que no se cubrirán los servicios, los lentes para anteojos ni los tratamientos con lentes que no estén incluidos en la lista. NO se necesita una autorización previa (aprobación por adelantado). Use el Directorio de Proveedores de Atención de la Vista o visite **blueshieldca.com/find-a-doctor** para encontrar un proveedor que participe en la red de Vision Service Plan (VSP) (el administrador del plan de la vista de Blue Shield). * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	• Usted paga $0 por un examen por año cuando usa un proveedor de la red. • Usted paga $0 por los armazones para anteojos (cuyo valor habitual al por menor sea de hasta $220) cada 2 años cuando usa un proveedor de la red. Si elige armazones para anteojos que cuestan más de $220, usted deberá pagar la diferencia. • Usted paga $0 por un par de lentes para anteojos recetados (sin importar el aumento o el tamaño) **O** por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta $220, incluidos los servicios y los materiales) por año cuando usa un proveedor de la red. Si elige lentes de contacto cuyos servicios y materiales cuestan más de $220, usted deberá pagar la diferencia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor fuera de la red)*	
• Examen de la vista de rutina, refracción y receta de lentes para anteojos.	• Usted recibe un reembolso de hasta $30 por un examen por año.
• Armazones para anteojos. • Lentes para anteojos o lentes de contacto. Si elige lentes para anteojos, puede optar por lentes simples, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Si elige otros tipos de lentes que no están incluidos en la lista o tratamientos adicionales, deberá pagar los costos adicionales, incluso si el costo total se mantiene dentro de la asignación. **Nota:** Cada año, puede obtener lentes para anteojos o lentes de contacto (pero no los dos) de un proveedor dentro de la red o de un proveedor fuera de la red (pero no de los dos). Si usted prefiere, puede ir a un optometrista o a un óptico que no sean proveedores de la red de Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Sin embargo, no puede obtener los mismos servicios de un proveedor de la red y de un proveedor fuera de la red. Si elige un proveedor fuera de la red, puede obtener un reembolso parcial por los servicios recibidos, a menos que ya haya alcanzado su límite de beneficios para el servicio de la vista que desea recibir. Comuníquese con Servicio al Cliente para pedir un formulario de reembolso y obtener más información sobre cómo pedir un reembolso. NO se necesita una autorización previa. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	• Usted recibe un reembolso de hasta $35 por un par de armazones para anteojos cada 2 años. • Usted recibe un reembolso de hasta $35 por un par de lentes para anteojos recetados (sin importar el aumento o el tamaño) **O** por lentes de contacto por año.
Atención de una agencia de la salud en el hogar Antes de que pueda recibir servicios de atención de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita esos servicios y debe pedir que una agencia de atención de la salud en el hogar se los brinde. Usted debe tener una	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
limitación para salir de su hogar, lo que significa que salir de su hogar le representa un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de la salud en el hogar de tiempo parcial o intermitentes. (Para que los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de la salud en el hogar que usted reciba estén cubiertos por el beneficio de atención de la salud en el hogar, el total combinado de estos servicios no debe superar las 8 horas diarias ni las 35 horas semanales). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada a veces se los llama SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Cuarto semiprivado (o cuarto privado si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se administran como parte de nuestro plan de atención (incluidas las sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de la coagulación). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa, de los glóbulos rojos concentrados y del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre usada. • Suministros médicos y quirúrgicos comúnmente brindados por los SNF.	Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare, usted paga: • $0 por día para los días del 1 al 20 • $75 por día para los días del 21 al 100 Si supera el límite de 100 días, deberá pagar todos los costos. Cuando un proveedor de la red coordina su admisión, Blue Shield 65 Plus Choice Plan no aplica el requisito de 3 días previos de estadía en un hospital que exige Medicare para calificar para la cobertura.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Pruebas de laboratorio comúnmente llevadas a cabo por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología comúnmente brindados por los SNF. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, comúnmente brindados por los SNF. • Servicios del médico. Por lo general, recibirá la atención de un SNF a través de los centros de la red. En ciertas circunstancias, como las que se indican abajo, es posible que usted pague el costo compartido de la red en un centro que no sea proveedor de la red, si ese centro acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados con atención continua, donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que el lugar brinde atención de enfermería especializada). • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Atención hospitalaria para pacientes internados Se incluyen servicios hospitalarios para enfermedades agudas, servicios de rehabilitación, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados empieza el día en que es admitido formalmente en el hospital con el pedido de un médico. El día anterior a que le den el alta hospitalaria es su último día como paciente internado. No hay ningún límite para el número de días por estadía en un hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Cuarto semiprivado (o cuarto privado si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios comunes de enfermería.	Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: • $0 por admisión. Si obtiene atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su situación de emergencia, su costo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios). • Medicamentos y fármacos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • Costos de las salas de operaciones y de recuperación. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados. • En ciertas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos todo para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se brindan fuera del ámbito de atención de la comunidad, puede elegir recibir estos servicios a nivel local, siempre y cuando los proveedores de servicios de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Blue Shield 65 Plus Choice Plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del ámbito de atención para trasplantes de su comunidad y usted decide recibir trasplantes en ese lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y de transporte para usted y un acompañante.† • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa, de los glóbulos rojos concentrados y del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre usada. • Servicios del médico.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe pedir por escrito que lo admitan formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque quede internado en el hospital hasta el día siguiente, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente internado o un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. † Los trasplantes están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (lo que generalmente se llama autorización previa). *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si usted se hará una cirugía en un hospital, debe confirmar con su proveedor si será un paciente internado o un paciente ambulatorio. A menos que el proveedor haga un pedido por escrito para que lo admitan en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por una cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque quede internado en el hospital hasta el día siguiente, podría ser considerado paciente ambulatorio. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $0 por visita a un centro quirúrgico ambulatorio. Usted paga $150 por visita a un hospital para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados para pacientes terminales Usted es elegible para el beneficio de cuidados para pacientes terminales cuando su médico y el director médico de los cuidados para pacientes terminales le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal, que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados para pacientes terminales certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de cuidados para pacientes terminales certificados por Medicare dentro del área de servicio del plan, incluidos los programas que son de nuestra propiedad, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico a cargo de los cuidados para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. Cuando es admitido en un centro de cuidados para pacientes terminales, tiene derecho a quedarse en nuestro plan; si decide quedarse en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. **Para los servicios de cuidados para pacientes terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados para pacientes terminales por los servicios de cuidados para pacientes terminales y por cualquier servicio de la Parte A y la Parte B que usted reciba en relación con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados para pacientes terminales, su proveedor de cuidados para pacientes terminales le facturará a Medicare Original por los servicios que paga	Cuando usted se inscribe en un programa de cuidados para pacientes terminales certificado por Medicare, Medicare Original (no Blue Shield 65 Plus Choice Plan) paga por sus servicios de cuidados para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga $0 por los servicios de consulta de cuidados para pacientes terminales (una única vez).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicare Original. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni urgentemente necesarios y que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo que deberá pagar por estos servicios dependerá de si usa un proveedor dentro de la red de nuestro plan y si cumple con las normas del plan (p. ej., si es necesario obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para obtener estos servicios, usted paga únicamente la cantidad de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de Medicare Original. **Para los servicios que están cubiertos por Blue Shield 65 Plus Choice Plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** Blue Shield 65 Plus Choice Plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, sin importar si están o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con los cuidados para pacientes terminales que recibe por su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con los cuidados para pacientes terminales que recibe por su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el programa de cuidados para pacientes	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
terminales y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. **Nota:** Si necesita atención que no corresponde a cuidados para pacientes terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados para pacientes terminales (una única vez) para los pacientes con una enfermedad terminal que no hayan elegido el beneficio de cuidados para pacientes terminales. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Dispositivos protésicos y ortóticos, y suministros relacionados Dispositivos (aparte de los dentales) que reemplazan en forma parcial o total una parte o función del cuerpo. Se incluyen, entre otros, los dispositivos que sirven para evaluar, adaptar o enseñar el uso de los dispositivos protésicos y ortóticos, como también las bolsas de colostomía y los suministros directamente relacionados con los cuidados por colostomía, los marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortóticos, y la reparación y/o el reemplazo de los dispositivos protésicos y ortóticos. También se incluye cierta cobertura después de una extracción o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte la sección *Atención de la vista* en este cuadro. *Es posible que se necesite una autorización previa, que es responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga 20 % de coseguro por los dispositivos protésicos y ortóticos y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga $0 por los suministros para la diabetes (salvo por los medidores de azúcar en la sangre y los medidores

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Suministros para controlar el azúcar en la sangre: medidor de azúcar en la sangre, tiras reactivas para medir el azúcar en la sangre, lancetas y dispositivos de lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas que vienen con los zapatos) y 2 pares de plantillas adicionales por año calendario, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no hechas a medida que vienen con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto en ciertas circunstancias. El fabricante preferido de las tiras reactivas y los medidores de azúcar en la sangre es Roche Diagnostics. Para obtener las tiras reactivas y los medidores de azúcar en la sangre de ACCU-CHEK® (fabricados por Roche Diagnostics), no es necesario que su médico obtenga una aprobación por adelantado (lo que generalmente se llama autorización previa) del plan. Para obtener las tiras reactivas y los medidores de azúcar en la sangre de cualquier otro fabricante, es necesario que su médico obtenga una aprobación por adelantado (lo que generalmente se llama autorización previa) del plan. Para los medidores continuos de glucosa y los suministros (es decir, sensores y receptores), se deberá obtener una autorización previa. *Es posible que se necesite una autorización previa, que es responsabilidad de su proveedor.*	continuos de glucosa), los servicios para la diabetes y el entrenamiento para el autocontrol de la diabetes. Para obtener información sobre los medidores de azúcar en la sangre y los medidores continuos de glucosa, consulte la sección *Equipos médicos duraderos y suministros relacionados* de este Cuadro de Beneficios Médicos.
Envío de comidas al hogar Al recibir el alta de un centro de enfermería especializada o de un hospital para pacientes internados: • Cubrimos 22 comidas y 10 bocadillos por alta.	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Las comidas y los bocadillos se dividirán en hasta dos envíos separados, si es necesario. • La cobertura se limita a dos altas por año. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este documento). * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de los equipos médicos duraderos [DME, por sus siglas en inglés], consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para ser usadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andaderas. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede pedirle que encargue el artículo especialmente para usted. *Es posible que se necesite una autorización previa, que es responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga 20 % de coseguro por cada artículo cubierto por Medicare, incluido el equipo de oxígeno de Medicare. Medidores de azúcar en la sangre: • Usted paga $0 por los medidores de azúcar en la sangre ACCU-CHEK®. • Usted paga 20 % de coseguro por los medidores de azúcar en la sangre de cualquier otro fabricante. Medidores continuos de glucosa: • Usted paga $0 por los medidores continuos de glucosa Dexcom y Freestyle Libre. • Usted paga 20 % de coseguro por los medidores continuos de glucosa de cualquier otro fabricante.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Consulte la sección *Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* de este Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más información sobre los medicamentos que se administran mediante equipos médicos duraderos.
Estadía como paciente internado: servicios cubiertos que recibe en un SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta Si agota sus beneficios como paciente internado o si la estadía como paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibe mientras esté en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Servicios del médico.	• Usted paga $0.
• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).	• Usted paga $0.
• Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos.	• Consulte la sección *Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* que se incluye en este cuadro.
• Vendajes quirúrgicos.	• Usted paga $0 por los artículos cubiertos por Medicare.
• Tablillas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir las fracturas y las dislocaciones.	• Usted paga $0 por los artículos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Dispositivos protésicos y ortóticos (excepto dentales) que reemplacen la totalidad o una parte de un órgano corporal interno (tejidos adyacentes inclusive), o la totalidad o una parte de la función de un órgano corporal interno inoperante en forma permanente o con una disfunción permanente, y el reemplazo o la reparación de estos dispositivos.	• Usted paga 20 % de coseguro.
• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, columna y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a una rotura, un desgaste o una pérdida, o a un cambio en el estado físico del paciente.	• Usted paga 20 % de coseguro.
• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	• Usted paga $0.
Evaluación y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto cuando se obtiene en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención completo. Consulte a su médico de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la evaluación y el tratamiento preventivos de la obesidad.
Examen físico anual* Usted tiene cobertura para un examen físico de rutina cada 12 meses, además de su visita anual de bienestar. Esta visita incluye una revisión completa de su historia clínica y sus antecedentes familiares, una evaluación detallada de todo el cuerpo y otros servicios, referencias y recomendaciones que pudieran ser adecuados. Este beneficio no cubre pruebas de laboratorio, procedimientos de diagnóstico u otros tipos de servicios pedidos; usted deberá pagar por separado la cantidad del costo compartido de su plan por cada uno de estos servicios. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B, si usted tiene un riesgo intermedio o alto de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si usted tiene algún riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos mediante nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que comúnmente el paciente no se autoadministra y que se inyectan o administran por infusión mientras se reciben los servicios del médico, los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o los servicios de un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran mediante equipos médicos duraderos (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • El medicamento para tratar la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos del medicamento, es posible que necesite pruebas y	Usted paga entre un 0 % y un 20 % de coseguro. Para saber el costo exacto, puede llamar a Servicio al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación del plan. Los miembros pueden pagar entre un 0 % y un 20 % de coseguro por ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare, que pueden cambiar cada trimestre según lo establezcan los CMS. Para la insulina que se obtiene a través de la Parte B (cuando se administra con una bomba de insulina), el

Servicio cubierto	Lo que usted paga
exámenes adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar los costos totales. Hable con su médico sobre las pruebas y los exámenes que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se administra por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B cuando reciba los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis si tiene una limitación para salir de su hogar; si tiene una fractura de hueso y un médico certifica que la fractura está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica; y si no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los administra una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) con la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco del medicamento inyectable (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que contiene el medicamento inyectable). Cuando haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de la quimioterapia contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, durante la sesión o dentro de las 48 horas siguientes, o si se usan como	copago no superará la cantidad de $35 por un suministro para un mes.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para tratar la enfermedad de riñones en etapa final (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato mediante el sistema de pago para la ESRD; incluyen el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes que estimulan la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otros problemas médicos específicos (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición enteral y parenteral (alimentación por sonda e intravenosa). También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos a través de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5, se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de los medicamentos recetados. Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. *Es posible que se necesite una autorización previa, que es responsabilidad de su proveedor.*	
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (por lo general, las personas con riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las mediciones de la masa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye la interpretación de los resultados por parte de un médico.	ósea cubiertas por Medicare.
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido en el hospital como paciente internado o si pueden darle el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación únicamente están cubiertos cuando se brindan por pedido de un médico u otra persona autorizada, a través de las leyes estatales que regulan las licencias y los reglamentos para el personal de los hospitales a la hora de admitir pacientes en el hospital o pedir pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya hecho un pedido por escrito para que lo admitan en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque quede internado en el hospital hasta el día siguiente, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. *Es posible que se necesite una referencia, que es responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención de la salud determinan que tiene un mayor riesgo de tener VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si le administran un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia al medicamento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B, por única vez.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio de PrEP.
Programa de Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP) **Los servicios del Programa de Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés) están cubiertos para todas las personas elegibles con los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada para lograr cambios de conducta relacionados con la salud. Ofrece entrenamiento práctico en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP.
Programas de educación para la salud y el bienestar* **NurseHelp 24/7** Hable por Internet de manera confidencial y en privado con un profesional de enfermería registrado en cualquier momento, durante las 24 horas. Cuando tenga alguna	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
inquietud sobre su salud, llame a nuestra línea directa gratis para hablar con un profesional de enfermería registrado, quien escuchará sus inquietudes y le ayudará a encontrar una solución. Llame al 1-877-304-0504 (TTY: 711) durante las 24 horas, los siete días de la semana.	
Programa de ejercicios físicos SilverSneakers® Es una red nacional de gimnasios y centros comunitarios participantes que ofrecen clases grupales de ejercicios físicos y servicios en lugares seleccionados. Puede inscribirse en todos los centros que desee. • Clases y talleres en vivo por Internet a través de SilverSneakers LIVE™, los siete días de la semana, por la mañana, por la tarde y por la noche. • Videos grabados de programas de entrenamiento, bienestar y ejercicios, disponibles por Internet a través de SilverSneakers On-Demand™, las 24 horas, los siete días de la semana. • Acceso a programas de ejercicios físicos, seguimiento de actividades y su identificación de miembro a través de la aplicación móvil SilverSneakers GO™, las 24 horas, los siete días de la semana. • Conexión con la comunidad y apoyo para el bienestar, tanto en persona como virtualmente, a través de SilverSneakers Community y Burnalong®. Para empezar a usar el beneficio, busque su número de identificación de SilverSneakers, los centros de ejercicios físicos y las clases en silversneakers.com. Si tiene alguna pregunta sobre el beneficio, llame al 1-888-423-4632 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico). Cuando vaya al centro de ejercicios físicos participante que elija, el personal lo inscribirá en el sistema con su número de identificación de SilverSneakers. También puede pedir que le muestren las instalaciones para ver todos los servicios y dónde se encuentran las aulas.	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Se ofrecen paquetes para el hogar para los miembros que quieran empezar a hacer ejercicio en su hogar o para los miembros que no puedan ir a un centro de ejercicios físicos debido a una lesión, una enfermedad o una limitación para salir de su hogar. Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios. **Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)** Sistema de control de alertas médicas que brinda acceso a ayuda durante las 24 horas, los siete días de la semana, con solo presionar un botón. Sus beneficios de PERS se brindan a través de LifeStation®. • Un sistema personal de respuesta a emergencias. • Elección entre un sistema en el hogar o un dispositivo móvil con GPS/wifi y detección de caídas. • Control mensual. • Cargadores y cables necesarios. Para obtener el sistema PERS y empezar a recibir los servicios, llame a LifeStation al 1-855-672-3269 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico), y los sábados de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico), o visite **lifestation.com/bscmedicare**. También puede visitar el portal de miembros para obtener más información sobre los beneficios. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Usted paga $0.
Prueba de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamientos de seguimiento y/o referencias.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de la prueba de detección de la depresión.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de 50 a 77 años que no tienen ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de cigarrillos de, al menos, un paquete diario desde hace 20 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, y que reciben un pedido para una LDCT durante una visita de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartida, que cumpla con los criterios de Medicare para este tipo de visitas, y que sea brindada por un médico o un profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de una prueba de detección con LDCT inicial:* los miembros deben contar con un pedido para una prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que se puede obtener durante una visita adecuada a un médico o a un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide brindar una visita de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartida para futuras pruebas de detección con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de visitas.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las visitas de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubiertas por Medicare ni para la LDCT.
Prueba de detección del cáncer de seno (mamografía) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante. • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las mamografías de detección cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para las personas adultas (incluidas las mujeres embarazadas) que consuman alcohol en exceso, pero que no sean alcohólicas. Si el resultado de su prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento breves en persona por año (si está en pleno uso de sus facultades mentales y si está atento durante el asesoramiento), brindadas por un médico de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la prueba de detección y el asesoramiento preventivos, cubiertos por Medicare, para reducir el consumo excesivo de alcohol.
Pruebas de detección de aneurisma de aorta abdominal Una única prueba de ultrasonido para personas que están en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, el asistente del médico, un enfermero de práctica avanzada o un especialista en enfermería clínica.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que sean elegibles para obtener esta prueba de detección preventiva.
Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para detectar una enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con el riesgo elevado de tener una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la prueba de detección de enfermedad cardiovascular que se cubre una vez cada 5 años.
Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si la pide su médico de atención primaria u otro proveedor de atención de la salud calificado y si usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un riesgo alto porque consume o ha consumido drogas inyectables ilegales. • Se hizo una transfusión de sangre antes del año 1992. • Nació entre 1945 y 1965.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si nació entre 1945 y 1965, pero no se considera una persona con riesgo alto, pagaremos una prueba de detección por única vez. Si usted tiene un riesgo alto (por ejemplo, siguió consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubriremos las pruebas de detección anuales.	
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para la prevención de ITS Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para algunas personas con un mayor riesgo de contraer ITS cuando un médico de atención primaria pide las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales y en persona de asesoramiento conductual de alta intensidad por año, con una duración de 20 a 30 minutos, para personas adultas sexualmente activas con un mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y si se llevan a cabo en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de detección de ITS cubiertas por Medicare ni para el asesoramiento preventivo sobre ITS.
Pruebas de detección de la diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (que incluyen las pruebas de azúcar en la sangre en ayunas) si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucemia). Las pruebas también pueden estar cubiertas si usted cumple con otros criterios, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para un máximo de 2 pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen un riesgo alto de tener cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes con riesgo alto después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un riesgo alto de tener cáncer colorrectal. Tiene cobertura cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se hizo la última colonografía de detección por tomografía computarizada o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en que se hizo la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con un alto riesgo de cáncer colorrectal, es posible que se pague una colonografía de detección por tomografía computarizada cuando hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se hizo la última colonografía de detección por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tengan un riesgo alto después de haberse hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes con un riesgo alto a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en las heces para los pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN fecal multiobjetivo para los pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de riesgo alto. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basadas en sangre para los pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de riesgo alto. Una vez cada 3 años.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para un examen de detección del cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a los copagos por los servicios médicos y los servicios de un hospital para pacientes ambulatorios o de un centro quirúrgico ambulatorio. Consulte las secciones *Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico* y *Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios* que se incluyen en este Cuadro de Beneficios Médicos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de obtener un resultado positivo en una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que implican la extirpación de tejido u otra sustancia, u otro procedimiento que se lleve a cabo en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica. *Es posible que se necesite una referencia, que es responsabilidad de su proveedor.*	
Pruebas de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, se cubren los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés). Usted puede obtener estos servicios sin una referencia de su PCP, siempre y cuando los obtenga mediante un proveedor de la red.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la PSA anual ni para el examen de tacto rectal.
Pruebas de detección del cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un riesgo alto de tener cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad fértil y tuvo un resultado anormal en su prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección del VIH Para las personas que pidan una prueba de detección del VIH o que tengan un riesgo mayor de contraer la infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que sean elegibles para una prueba de detección del VIH preventiva cubierta por Medicare.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), incluidos los materiales y los suministros de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Tablillas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir las fracturas y las dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa, de los glóbulos rojos concentrados y del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre usada. • Pruebas de diagnóstico que no se hacen en un laboratorio, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética (IRM), electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), cuando su médico u otro proveedor de atención de la salud las pide para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Lo que usted paga depende del tipo de servicio que reciba. 1) Usted paga $0 por pruebas de diagnóstico básicas, servicios de radiografía, electrocardiogramas, suministros, análisis de sangre y servicios de laboratorio. 2) Usted paga $0 por cada servicio de radiología de diagnóstico. Los servicios de radiología de diagnóstico incluyen, entre otros, ecografías, IRM, PET, estudios de medicina nuclear, tomografías computarizadas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT, por sus siglas en inglés), mielogramas, cistogramas y

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	angiogramas. El copago se aplica únicamente a los componentes globales, técnicos y profesionales de los servicios de radiología de diagnóstico. 3) Usted paga 20 % de coseguro por los servicios de radiología terapéutica. Los servicios de radiología terapéutica incluyen, entre otros, terapia de radiación, radioterapia y terapia con isótopos. El 20 % de coseguro se aplica a los componentes globales, técnicos y profesionales de los servicios de radiología terapéutica.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una emergencia o para una situación que no sea una emergencia, incluyen servicios de ambulancia en avión de ala fija, en helicóptero y por tierra hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención a un miembro cuyo problema médico sea tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que el problema de salud del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Es posible que se necesite una autorización previa, que es responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $250 por viaje en una sola dirección para los servicios de ambulancia por tierra cubiertos por Medicare. Usted paga 20 % de coseguro por viaje en una sola dirección para los servicios de ambulancia por aire cubiertos por Medicare. Aunque la mayoría de los proveedores cobran el costo compartido aplicable en el momento

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	del servicio, puede que esto no pase en el caso de los servicios de ambulancia. Es posible que reciba una factura por el costo completo del servicio de ambulancia. Si esto pasa, simplemente envíe la factura a: Blue Shield 65 Plus Choice Plan Customer Service P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856 Blue Shield le reembolsará el costo de los servicios cubiertos, menos el costo compartido que corresponda. El proveedor le enviará una factura por separado por el costo compartido aplicable.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio que hace su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las hace un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. *Es posible que se necesite una referencia, que es responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $0 por las pruebas de audición de diagnóstico cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición (no cubiertos por Medicare)*	
Todos los servicios relacionados con audífonos no cubiertos por Medicare deben brindarse a través de EPIC Hearing Healthcare (EPIC), el proveedor de audífonos de la red. Cada año, la cobertura incluye:	
Una prueba de audición de rutina en persona	Usted paga $0 por una prueba de audición de rutina.
Audífonos • Hasta dos audífonos por año entregados en persona a través de un proveedor de audífonos de la red. • Elección de los modelos de audífono de marca privada con tecnología Silver (nivel medio), Gold (nivel avanzado) o Platinum (nivel premium). • Audífonos con tecnología de nivel Silver: o Disponibles solamente en los modelos detrás de la oreja y con receptor en el oído. • Audífonos con tecnología de nivel Gold: o Disponibles en varios modelos: en el oído, en el canal, completamente insertado en el canal, detrás de la oreja y con receptor en el oído. • Audífonos con tecnología de nivel Platinum: o Disponibles en varios modelos: en el oído, en el canal, completamente insertado en el canal, detrás de la oreja y con receptor en el oído. • Todos los niveles de tecnología incluyen lo siguiente: o Una consulta. o Hasta tres visitas de seguimiento para colocar el audífono, hacer una consulta, revisar el dispositivo y ajustarlo sin ningún costo adicional dentro de los 12 meses después de la compra. o Los moldes y las impresiones estándares del oído están disponibles según sea necesario. o Estuche cargador para los modelos con batería recargable o un suministro de baterías para dos años por audífono. o Garantía extendida de tres años.	Usted paga $449 por cada audífono con tecnología de nivel Silver. Usted paga $699 por cada audífono con tecnología de nivel Gold. Usted paga $999 por cada audífono con tecnología de nivel Platinum.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Para conocer los proveedores de EPIC de la red, consulte el directorio disponible en **blueshieldca.com/medicare/providerdirectory** o llame directamente a EPIC al 1-888-370-8949 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico). Contáctese con un asesor de audición de EPIC para activar su referencia antes de visitar a un proveedor de la red. No se cubrirán los servicios brindados por proveedores fuera de la red. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o en un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención que se brinda en el consultorio de un médico, un terapeuta, un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o un consejero profesional con licencia, y que es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. Los *servicios intensivos para pacientes ambulatorios* forman parte de un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud conductual (mental) que se brinda en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, en un centro de salud mental de la comunidad, en un centro de salud calificado a nivel federal o en una clínica de salud rural, y que es más intenso que la atención que se brinda en el consultorio de un médico, un terapeuta, un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o un consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $40 por visita.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades en los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Atención de los pies de rutina para los miembros que tengan determinados problemas de salud que afecten las extremidades inferiores.	• Usted paga $0 por cada visita cubierta por Medicare.
La **atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare)*** incluye: • Cortar o eliminar callos y durezas. • Recortar, cortar, limar o desgastar las uñas. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan. *Es posible que se necesite una referencia, que es responsabilidad de su proveedor.*	• Usted paga $0 por cada visita de rutina (no cubierta por Medicare).
Servicios de quiropráctica (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. *Es posible que se necesite una referencia, que es responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $0 por visita para todos los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica (no cubiertos por Medicare)* Los servicios cubiertos incluyen: • Exámenes iniciales y exámenes siguientes • Ajustes quiroprácticos • Tratamientos complementarios • Radiografías (solo para fines quiroprácticos) Los beneficios no cubiertos por Medicare se brindan a través de los proveedores participantes de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). ASH Plans debe determinar que los servicios cubiertos son médicamente necesarios. Para obtener más información o para encontrar	Usted paga $0 por visita para todas las visitas no cubiertas por Medicare (tiene un límite de 12 visitas por año).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. También puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan o visitar **blueshieldca.com/find-a-doctor** para encontrar un proveedor participante de ASH Plans. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones y tengan la referencia de un médico. Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca habituales. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $0.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en distintos establecimientos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen un grado entre moderado y muy grave de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y que obtienen una referencia para rehabilitación pulmonar por parte del médico que les brinda tratamiento para su enfermedad respiratoria crónica. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $0.
Servicios de telesalud adicionales* Teladoc Health ofrece consultas con un médico por teléfono o por videollamada durante las 24 horas, los siete días de la semana, todos los días del año. Los médicos de Teladoc Health pueden diagnosticar y tratar problemas médicos básicos y también pueden recetar ciertos medicamentos. Teladoc Health es un servicio suplementario que no busca reemplazar la atención de su médico de atención primaria. Inicie sesión en **blueshieldca.com/teladochealth** o en la aplicación de Blue Shield of California para pedir una visita. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Teladoc Health por teléfono al 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] durante las 24 horas, los siete días de la semana, todos los días del año. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Usted paga $0.
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)* Blue Shield of California ofrece transporte a los miembros del plan. El servicio de transporte se brinda según sea necesario para facilitar el acceso a la cobertura de atención de la salud que no es de emergencia; por ejemplo, para ir a las visitas al consultorio médico o para recoger sus medicamentos. **Nota:** Los servicios de transporte se coordinan a través de Call the Car. Comuníquese con Call the Car llamando al	Usted paga $0 por cada viaje en una sola dirección a centros de salud aprobados por el plan (límite de 14 viajes en una sola dirección por año; cada viaje no puede superar las 70 millas [112 km]).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(855) 200-7544 [TTY: 711] durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los servicios de transporte deben programarse, al menos, 24 horas antes. Call the Car ofrece una aplicación móvil (CTC-Go) que los miembros de Blue Shield 65 Plus Choice Plan pueden usar para coordinar los servicios de transporte relacionados con la atención de la salud. Con CTC-Go, puede ver sus reservas anteriores, consultar sus próximas reservas, calificar el viaje, hacer un seguimiento del conductor, cancelar una reserva y hacer una nueva. CTC-Go está disponible para iOS y Android. Busque CTC-Go en su tienda de aplicaciones y baje la aplicación. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
Servicios de tratamiento y control del dolor crónico* Servicios mensuales cubiertos para las personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, control de la medicación y coordinación y planificación de la atención. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.* * Los servicios que no están cubiertos por Medicare no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	El costo compartido por este servicio dependerá de los servicios individuales que se brinden durante el tratamiento. Consulte las siguientes secciones de este Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más información sobre el costo compartido y las limitaciones del beneficio: • Acupuntura para el dolor lumbar crónico • Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios • Medicamentos de la Parte B de Medicare • Prueba de detección de la depresión • Prueba de detección y asesoramiento para

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	reducir el consumo excesivo de alcohol • Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios • Servicios de quiropráctica • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios • Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico • Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides • Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas • Para obtener más información sobre el costo compartido y las limitaciones de los medicamentos de la Parte D de Medicare, consulte los capítulos 5 y 6.
Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos que son médicamente necesarios y que se obtienen en el	Por todos los servicios cubiertos: Usted paga $0 (para las visitas a su PCP, usted NO necesita una autorización previa).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista. • Pruebas de audición y de equilibrio básicas, hechas por su PCP, si su médico las pide para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud; por ejemplo: servicios de un médico para tratar problemas de salud que no son una emergencia, como síntomas de resfrío y gripe, alergias, bronquitis, infección respiratoria, sinusitis, erupción, infección ocular, migraña y más. o Tiene la opción de recibir estos servicios en una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio de telesalud. o Consulte la sección *Servicios de telesalud adicionales* del Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más información. • En el caso de los miembros que reciben diálisis en el hogar: servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad de riñones en etapa final en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o un centro de diálisis renal ubicado en un hospital de difícil acceso, una institución de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con trastornos por el uso de sustancias adictivas o un trastorno de salud mental concurrente, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar y tratar trastornos de salud mental: o si tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud; o si tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud;	Para los servicios de telesalud relacionados con la atención para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas, consulte la sección *Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas* del Cuadro de Beneficios Médicos. Para los servicios de telesalud relacionados con las visitas o los trastornos de salud mental, consulte la sección *Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios* del Cuadro de Beneficios Médicos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ pueden hacerse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental que se brinden en clínicas de salud rurales y en centros de salud federalmente calificados. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico, cuya duración será de 5 a 10 minutos, **si**: ○ usted no es un paciente nuevo; **y** ○ la consulta no está relacionada con una visita al consultorio que se haya hecho durante los 7 días anteriores; **y** ○ la consulta no obliga a hacer una visita al consultorio dentro de las 24 horas siguientes ni a programar una cita lo más rápido posible. • Evaluación de videos y/o imágenes que le envía a su médico, y los servicios de interpretación y seguimiento de su médico dentro de las siguientes 24 horas **si**: ○ usted no es un paciente nuevo; **y** ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya hecho durante los 7 días anteriores; **y** ○ la evaluación no obliga a hacer una visita al consultorio dentro de las 24 horas siguientes ni a programar una cita lo más rápido posible. • Consultas que su médico hace con otros profesionales por teléfono, por Internet o mediante el registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. *Es posible que se necesite una referencia, que es responsabilidad de su proveedor.*	
Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno por abuso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden obtener la cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento por dependencia de	Usted paga $15 por visita.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE. UU., que incluyen agonistas y antagonistas de opioides. • Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el uso de sustancias adictivas. • Terapia individual o grupal. • Prueba toxicológica. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de casos, concretamente cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico para el problema médico principal de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales que se hacen como preparación para un tratamiento de radiación contra el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucodentales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos algunos servicios dentales completos, preventivos y de diagnóstico.* El *Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales* (que se incluye en este capítulo después del Cuadro de Beneficios Médicos) detalla los procedimientos dentales específicos que están cubiertos por este beneficio. Los procedimientos detallados son beneficios cubiertos cuando los brinda un dentista con licencia dentro de la red y cuando se determina	Para conocer los servicios dentales cubiertos por Medicare, consulte la sección *Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico* que se incluye en este Cuadro de Beneficios Médicos. Para obtener más información sobre los servicios dentales no cubiertos por Medicare, consulte el *Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales*. El cuadro incluye una lista de los procedimientos dentales cubiertos y lo que usted paga por cada procedimiento.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
que son necesarios y habituales según los estándares de la práctica dental generalmente aceptada. La información sobre cómo obtener acceso a los servicios cubiertos se incluye después del *Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales*. Es posible que no todos los servicios cubiertos sean adecuados para todas las personas. Usted debe consultar a su dentista de la red para saber cuál es la atención adecuada para su caso. Pueden aplicarse limitaciones de los beneficios a ciertos servicios dentales. * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Estos son algunos ejemplos de servicios cubiertos (cuando se obtienen de un dentista de la red): • Usted paga $0 por dos exámenes bucodentales periódicos cada 12 meses. • Usted paga $0 por dos profilaxis (limpieza de los dientes) cada 12 meses. • Usted paga $5 por una serie completa de radiografías cada 24 meses.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios brindados en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios.	• Usted paga $150 por visita a una sala de emergencias (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Usted paga $150 por visita a un hospital para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Usted paga $0 por los servicios de observación cubiertos por Medicare.
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.	• Usted paga $0.
• Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin esa atención, sería necesario un tratamiento para pacientes internados.	• Usted paga $30 por visita de salud mental para pacientes ambulatorios. Usted paga $40 por visita de hospitalización parcial.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	• Consulte la sección *Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* que se incluye en este cuadro.
• Suministros médicos, como tablillas y yesos.	• Usted paga $0 por los artículos cubiertos por Medicare.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse.	• Usted paga 20 % de coseguro.
Nota: A menos que el proveedor haya hecho un pedido por escrito para que lo admitan en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque quede internado en el hospital hasta el día siguiente, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas La cobertura de la Parte B de Medicare está disponible para los servicios de tratamiento que se brindan en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital a los pacientes que, por ejemplo, recibieron el alta de una estadía para pacientes internados para tratar un trastorno por el uso de sustancias adictivas o a los pacientes que, si bien necesitan tratamiento, no necesitan la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que se brindan únicamente en un hospital para pacientes internados. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Usted paga $30 por cada visita de terapia individual o grupal.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que exigen una estadía en un hospital. Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria. Medicare también cubre hasta 60 días de reserva adicionales durante la membresía, que pueden usarse una sola vez durante su membresía para la atención brindada en un hospital de enfermedades agudas o en un hospital psiquiátrico. Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico se ofrecen una sola vez durante su membresía. El pago no puede hacerse por un total de más de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante su membresía. Lo que se haya usado previamente a través de Medicare se incluye en el beneficio máximo durante la membresía. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original). *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: • $900 para los días del 1 al 150 • El 100 % del costo desde el día 151 en adelante

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades de riñones Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios de educación sobre enfermedades de riñones para enseñarles a los miembros el cuidado de los riñones y ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad de riñones crónica en etapa IV, si tienen la referencia de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre las enfermedades de riñones durante la membresía.	• Usted paga $0.
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente).	• Usted paga 20 % de coseguro por cada tratamiento facturado por un proveedor de diálisis calificado y aprobado por Medicare. Usted paga 20 % de coseguro por cualquier medicamento que se use durante el procedimiento.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido en un hospital como paciente internado para recibir atención especializada).	• Están incluidos en sus costos de atención hospitalaria para pacientes internados. Consulte la sección *Atención hospitalaria para pacientes internados* de este cuadro para obtener más información sobre lo que debe pagar.
• Entrenamiento para el autotratamiento de diálisis. (Se incluye el entrenamiento para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).	• Usted paga 20 % de coseguro por el entrenamiento para el autotratamiento de diálisis.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Algunos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sean necesarias, las visitas de personas entrenadas en los tratamientos de diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudarle con cualquier emergencia y revisar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua). Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos de la Parte B de Medicare** de este cuadro**.** *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	• Usted paga 20 % de coseguro. • Usted paga 20 % de coseguro.
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que exige una atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera un servicio urgentemente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias (aunque se encuentre dentro del área de servicio de nuestro plan), obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o las recaídas inesperadas por enfermedades existentes. Las visitas de rutina a proveedores que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios urgentemente necesarios, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o aunque la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente. Tiene cobertura en todo el mundo.* * Los servicios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	Usted paga $0 por visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio de su plan. Usted paga $0 por visita a un centro de atención urgente ubicado fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Usted paga $150 por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Usted paga $150 por cada visita a una sala de emergencias o a un centro de atención urgente ubicados fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Usted no tiene ningún límite anual combinado para la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) está cubierta para los miembros que reciben tratamiento por enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática. Si se cumple con los requisitos del programa de la SET, se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas. El programa de la SET debe cumplir con los siguientes requisitos: • Las sesiones deben durar entre 30 y 60 minutos y deben incluir un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación.	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Debe desarrollarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe brindarse a través de personal auxiliar calificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los aspectos negativos, que tengan entrenamiento en la terapia de ejercicio para PAD. • Deben estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente del médico o enfermero de práctica avanzada/especialista en enfermería clínica, quienes deben tener entrenamiento en técnicas de soporte vital básico y avanzado. Si un proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario, la SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, por hasta 36 sesiones adicionales en un período extendido. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar incluye la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para hacer la infusión en el hogar incluyen el medicamento (p. ej., antivirales, inmunoglobulina), el equipo (p. ej., una bomba) y los suministros (p. ej., tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Entrenamiento y educación para el paciente no cubiertos de otra manera a través del beneficio de equipos médicos duraderos. • Control remoto. • Servicios de control para la administración de la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar	Usted paga $0.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
brindados por un proveedor de terapias de infusión en el hogar calificado. *Es posible que se necesite una referencia y/o una autorización previa, que son responsabilidad de su proveedor.*	
Tratamiento médico de nutrición Este beneficio está destinado a las personas que tienen diabetes o enfermedad de los riñones (pero que no están en tratamiento de diálisis), o que se han sometido a un trasplante de riñón, cuando las refiera su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento privado durante el primer año en que usted reciba los servicios de un tratamiento médico de nutrición a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y, después, 2 horas por año. Si hay cambios en su problema médico, su tratamiento o su diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con la referencia de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la referencia cada año si es necesario que siga con su tratamiento durante otro año calendario.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que sean elegibles para obtener los servicios de un tratamiento médico de nutrición cubiertos por Medicare.
Visita anual de bienestar Si usted tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para diseñar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no puede llevarse a cabo dentro de los 12 meses siguientes a su visita preventiva *Welcome to Medicare* (Bienvenido a Medicare). Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita *Welcome to Medicare* (Bienvenido a Medicare) para que se cubran sus visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede evaluar el uso de la aspirina (si es adecuado), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se alimente de manera saludable.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Visita preventiva "Welcome to Medicare" (Bienvenido a Medicare) Nuestro plan cubre una única visita preventiva *Welcome to Medicare* (Bienvenido a Medicare). La visita incluye una revisión de su salud, como también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones o vacunas) y, si fuera necesario, referencias para obtener otro tipo de atención. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva *Welcome to Medicare* (Bienvenido a Medicare) solo dentro de los primeros 12 meses después de obtener acceso a la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, infórmele al personal del consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva *Welcome to Medicare* (Bienvenido a Medicare).	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita preventiva *Welcome to Medicare* (Bienvenido a Medicare).

Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales

Los beneficios dentales de rutina están incluidos para todos los miembros de este plan y ofrecen cobertura para algunos procedimientos dentales de diagnóstico, preventivos y completos.

En el siguiente ***Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales***, se indican los procedimientos dentales específicos cubiertos por el plan y lo que usted deberá pagar por esos procedimientos. Los servicios detallados son beneficios cubiertos cuando los brinda un dentista con licencia dentro de la red y cuando se determina que son necesarios y habituales según los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.

Importante: **Los procedimientos que no están incluidos en el cuadro no están cubiertos**.

Importante: Algunos servicios dentales no tienen cobertura en ningún caso (esto es lo que se conoce como exclusiones), y otros servicios dentales solo tienen cobertura en algunos casos específicos (esto es lo que se conoce como limitaciones). Para obtener más información, consulte la columna “Limitaciones generales” del ***Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales*** que se incluye a continuación y la lista “Exclusiones generales” que se incluye después del ***Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales***.

Importante: Los límites de frecuencia que se indican en la columna “Limitaciones generales” del ***Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales*** y que no especifican “por año del plan” o “durante la membresía” se basan en la última fecha en que se brindó el servicio. Por ejemplo, un límite de 1 cada 6 meses significa que puede recibir el servicio indicado una vez cada seis meses a partir de la fecha en que recibió ese mismo servicio por última vez. Entonces, si recibe su primer servicio el 1 de enero, podrá volver a recibir ese mismo servicio el 1 de julio. Si recibe su primer servicio el 1 de julio, no podrá volver a recibir ese mismo servicio hasta el 1 de enero del siguiente año del plan. Los servicios para los que se indique un límite de frecuencia serán ilimitados cuando sean necesarios y habituales, según lo determinen los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.

Cuando haya documentación que demuestre que alguno de los siguientes problemas de salud existía al comienzo del tratamiento o que existían problemas de salud emergentes durante la preparación de un diente específico, el tratamiento quedará sujeto a la revisión de la documentación por parte de un director dental del plan.

Se brindarán beneficios para los procedimientos dentales específicos que sean necesarios para tratar los problemas dentales agudos especificados, ya sean emergentes, dolorosos o infecciosos, de una manera consistente con los estándares de atención profesionalmente reconocidos. El plan se reserva el derecho de hacer una revisión administrativa, a través de un director dental del plan, de la documentación enviada en relación con los problemas de salud anteriores con el fin de determinar la cobertura.

Entre los problemas de salud caracterizados por dolor agudo o infección se incluyen los siguientes:

- Dolor agudo que requiere tratamiento de conducto radicular inmediato.
- Dolor agudo que requiere la extracción de un diente y/o incisión y drenaje.
- Absceso periodontal agudo que requiere procedimientos periodontales de emergencia.

Entre los problemas de salud emergentes relacionados con la restauración se incluyen los siguientes:

- Un diente que se está restaurando con un empaste (restauración básica), pero que, debido al nivel de caries o fractura descubierto durante el procedimiento, ahora requiere la colocación de una corona colada (restauración mayor).

Los servicios se indican con el código de procedimiento de la American Dental Association (ADA, Asociación Dental Estadounidense), de acuerdo con la terminología vigente para el área odontológica. La ley federal exige el uso del código ADA para informar procedimientos dentales. La ADA puede cambiar los códigos de procedimiento de vez en cuando. El plan puede cambiar esta lista de códigos según lo exija la ley. Si desea obtener una lista de códigos ADA actualizada, puede comunicarse gratis con el departamento de servicio al cliente del administrador de planes dentales (DPA) llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711],** de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados).

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
Exámenes bucodentales			
D0120	Examen bucodental periódico; paciente existente	$0	2 cada 12 meses
D0140	Examen bucodental limitado; por un problema específico	$5	Sin límite de frecuencia
D0150	Examen bucodental completo; paciente nuevo o existente	$16	1 cada 36 meses
D0160	Examen bucodental amplio y detallado; por un problema específico; por informe	$5	Sin límite de frecuencia
D0170	Segundo examen; limitado, por un problema específico (paciente existente, visita que no es posoperatoria)	$5	Sin límite de frecuencia
D0180	Examen periodontal completo; paciente nuevo o existente	$15	1 cada 36 meses
Radiografías dentales			
D0210	Intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas	$5	1 cada 24 meses
D0220	Intrabucal periapical; primera imagen radiográfica	$0	Sin límite de frecuencia
D0230	Intrabucal periapical; cada imagen radiográfica adicional	$0	Sin límite de frecuencia
D0240	Intrabucal oclusal; imagen radiográfica	$0	Sin límite de frecuencia
D0250	Extrabucal; imagen radiográfica de proyección 2D creada con una fuente de radiación estacionaria y un detector	$0	Sin límite de frecuencia
D0270	Aleta de mordida; una imagen radiográfica	$0	1 cada 6 meses
D0272	Aletas de mordida; dos imágenes radiográficas	$0	1 cada 6 meses
D0273	Aletas de mordida; tres imágenes radiográficas	$0	1 cada 6 meses
D0274	Aletas de mordida; cuatro imágenes radiográficas	$0	1 cada 6 meses
D0277	Aletas de mordida verticales; 7 u 8 imágenes radiográficas	$0	1 cada 6 meses
D0330	Imagen radiográfica panorámica	$10	1 cada 24 meses
D0372	Tomosíntesis intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas	$5	1 cada 24 meses
D0373	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica de aletas de mordida	$0	1 cada 6 meses

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D0374	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica periapical	$0	Sin límite de frecuencia
D0387	Tomosíntesis intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas; captura de imágenes únicamente	$5	1 cada 24 meses
D0388	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica de aletas de mordida; captura de imágenes únicamente	$0	1 cada 6 meses
D0389	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica periapical; captura de imágenes únicamente	$0	1 cada 6 meses
D0701	Imagen radiográfica panorámica; captura de imágenes únicamente	$10	1 cada 24 meses
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D; captura de imágenes únicamente	$10	1 cada 24 meses
D0706	Intrabucal oclusal; imagen radiográfica; captura de imágenes únicamente	$0	Sin límite de frecuencia
D0707	Intrabucal periapical; imagen radiográfica; captura de imágenes únicamente	$0	Sin límite de frecuencia
D0708	Intrabucal; imagen radiográfica de aletas de mordida; captura de imágenes únicamente	$0	Sin límite de frecuencia
D0709	Intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas; captura de imágenes únicamente	$5	1 cada 24 meses
Otros servicios dentales de diagnóstico			
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dentaria	$5	Sin límite de frecuencia
D0470	Modelos de diagnóstico	$15	Sin límite de frecuencia
D9995	Teleodontología, sincrónica; consulta en tiempo real	$0	Sin límite de frecuencia
D9996	Teleodontología, asincrónica; información almacenada y transmitida al dentista para su revisión posterior	$0	Sin límite de frecuencia
Profilaxis (limpieza)			
D1110	Profilaxis; adultos	$0	2 cada 12 meses
Tratamiento con flúor			
D1206	Aplicación tópica de flúor, incluye barniz	$5	1 cada 6 meses
Otros servicios dentales preventivos			
D1310	Asesoramiento sobre nutrición para el control de enfermedades dentales	$0	Sin límite de frecuencia
D1330	Enseñanza de higiene bucodental	$0	Sin límite de frecuencia

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D1351	Sellador; por diente	$15	1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D1510	Separador; fijo, unilateral; por cuadrante	$40	Sin límite de frecuencia
D1516	Separador; fijo; bilateral, maxilar	$80	Sin límite de frecuencia
D1517	Separador; fijo; bilateral, mandibular	$80	Sin límite de frecuencia
D1520	Separador; extraíble, unilateral; por cuadrante	$50	Sin límite de frecuencia
D1526	Separador; extraíble; bilateral, maxilar	$70	Sin límite de frecuencia
D1527	Separador; extraíble; bilateral, mandibular	$70	Sin límite de frecuencia
D1551	Recementado o readhesión de separador bilateral; maxilar	$9	Sin límite de frecuencia
D1552	Recementado o readhesión de separador bilateral; mandibular	$9	Sin límite de frecuencia
D1553	Recementado o readhesión de separador unilateral; por cuadrante	$9	Sin límite de frecuencia
D1556	Extracción de separador fijo unilateral; por cuadrante	$11	Sin límite de frecuencia
D1557	Extracción de separador fijo bilateral; maxilar	$11	Sin límite de frecuencia
D1558	Extracción de separador fijo bilateral; mandibular	$11	Sin límite de frecuencia
Servicios de restauración			
D2140	Amalgama; una superficie, diente temporal o definitivo	$25	Sin límite de frecuencia
D2150	Amalgama; dos superficies, diente temporal o definitivo	$30	Sin límite de frecuencia
D2160	Amalgama; tres superficies, diente temporal o definitivo	$40	Sin límite de frecuencia
D2161	Amalgama; cuatro o más superficies, diente temporal o definitivo	$55	Sin límite de frecuencia
D2330	Resina compuesta; una superficie, anterior	$40	Sin límite de frecuencia
D2331	Resina compuesta; dos superficies, anterior	$45	Sin límite de frecuencia
D2332	Resina compuesta; tres superficies, anterior	$50	Sin límite de frecuencia
D2335	Resina compuesta; cuatro o más superficies (anterior)	$65	Sin límite de frecuencia
D2710	Corona; resina compuesta (indirecta)	$115	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2712	Corona; ¾ de resina compuesta (indirecta)	$115	1 cada 5 años (para un mismo diente)

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D2720	Corona; resina con metal muy noble	$185	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2721	Corona; resina principalmente con metal base	$185	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2722	Corona; resina con metal noble	$185	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2740	Corona; porcelana/cerámica	$335	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2750	Corona; porcelana fundida con metal muy noble	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2751	Corona; porcelana fundida principalmente con metal base	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2752	Corona; porcelana fundida con metal noble	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2753	Corona; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2780	Corona; colado de ¾ de metal muy noble	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2781	Corona; colado de ¾ principalmente con metal base	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2782	Corona; colado de ¾ de metal noble	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2790	Corona; colado completo de metal muy noble	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2791	Corona; colado completo principalmente de metal base	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2792	Corona; colado completo de metal noble	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2910	Recementado o readhesión de incrustación, recubrimiento onlay, colocación de carillas dentales o restauración de cobertura parcial	$19	Sin límite de frecuencia
D2915	Recementado o readhesión de poste y núcleo colados, prefabricados o fabricados indirectamente	$19	Sin límite de frecuencia
D2920	Recementado o readhesión de corona	$25	Sin límite de frecuencia
D2940	Colocación de restauración directa provisional	$20	Sin límite de frecuencia
D2951	Retención con perno; por diente, además de la restauración	$20	Sin límite de frecuencia

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D2952	Poste y núcleo, además de la corona, fabricados indirectamente	$100	Sin límite de frecuencia
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente	$100	Sin límite de frecuencia
D2954	Poste y núcleo prefabricados, además de la corona	$100	Sin límite de frecuencia
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de que no se puede restaurar	$25	Sin límite de frecuencia
Endodoncia			
D3110	Recubrimiento (directo) de la pulpa dentaria, sin restauración final	$25	Sin límite de frecuencia
D3120	Recubrimiento (indirecto) de la pulpa dentaria, sin restauración final	$25	Sin límite de frecuencia
D3310	Tratamiento de endodoncia; diente anterior (sin restauración final)	$240	1 durante la membresía (para un mismo diente)
D3320	Tratamiento de endodoncia; diente premolar (sin restauración final)	$297	1 durante la membresía (para un mismo diente)
D3330	Tratamiento de endodoncia; diente molar (sin restauración final)	$373	1 durante la membresía (para un mismo diente)
D3346	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; anterior	$240	Sin límite de frecuencia
D3347	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; premolar	$297	Sin límite de frecuencia
D3348	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; molar	$373	Sin límite de frecuencia
Periodoncia			
D4341	Raspado y alisado radicular periodontales; cuatro o más dientes; por cuadrante	$60	1 cada 12 meses (para un mismo diente)
D4342	Raspado y alisado radicular periodontales; de uno a tres dientes; por cuadrante	$60	1 cada 12 meses (para un mismo diente)
D4346	Raspado en caso de inflamación gingival generalizada moderada o grave; boca completa, después del examen bucodental	$40	1 cada 6 meses
D4355	Desbridamiento completo de la boca para permitir un examen periodontal completo y un diagnóstico en una visita siguiente	$50	1 cada 24 meses

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D4910	Mantenimiento periodontal	$40	1 cada 5 años
Prótesis dentales, extraíbles			
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	$475	1 cada 5 años
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	$475	1 cada 5 años
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	$475	1 durante la membresía
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	$475	1 durante la membresía
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, con base de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$340	1 cada 5 años
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, con base de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$340	1 cada 5 años
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura metálica colada con bases de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$525	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura metálica colada con bases de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$525	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; de una pieza en metal colado (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes), maxilar	$350	1 cada 5 años
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; de una pieza en metal colado (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes), mandibular	$350	1 cada 5 años
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; base flexible de una pieza (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes), por cuadrante	$350	1 por año del plan
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; de una pieza en resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes), por cuadrante	$350	1 por año del plan

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa, maxilar	$28	Sin límite de frecuencia
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa, mandibular	$28	Sin límite de frecuencia
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial, maxilar	$28	Sin límite de frecuencia
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	$28	Sin límite de frecuencia
D5511	Reparación de daños en la base de la dentadura postiza completa, mandibular	$45	Sin límite de frecuencia
D5512	Reparación de daños en la base de la dentadura postiza completa, maxilar	$45	Sin límite de frecuencia
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa, por diente	$30	Sin límite de frecuencia
D5621	Reparación de estructura parcial colada, mandibular	$45	Sin límite de frecuencia
D5622	Reparación de estructura parcial colada, maxilar	$45	Sin límite de frecuencia
D5630	Reparación o reemplazo de materiales retenedores/sujetadores dañados, por diente	$50	Sin límite de frecuencia
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente	$45	Sin límite de frecuencia
D5650	Agregado de diente a la dentadura postiza parcial existente, por diente	$45	Sin límite de frecuencia
D5660	Agregado de gancho a la dentadura postiza parcial existente, por diente	$49	Sin límite de frecuencia
D5670	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico de la estructura metálica colada (maxilar)	$306	Sin límite de frecuencia
D5671	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico de la estructura metálica colada (mandibular)	$306	Sin límite de frecuencia
D5710	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar completa	$135	1 cada 12 meses
D5711	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular completa	$135	1 cada 12 meses
D5720	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar parcial	$95	1 cada 12 meses
D5721	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular parcial	$95	1 cada 12 meses
D5725	Reemplazo de la base de la prótesis híbrida	$135	1 cada 12 meses

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D5730	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa (directa)	$95	1 cada 12 meses
D5731	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa (directa)	$95	1 cada 12 meses
D5740	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial (directa)	$95	1 cada 12 meses
D5741	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial (directa)	$95	1 cada 12 meses
D5750	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa (indirecta)	$150	1 cada 12 meses
D5751	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa (indirecta)	$150	1 cada 12 meses
D5760	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial (indirecta)	$140	1 cada 12 meses
D5761	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial (indirecta)	$140	1 cada 12 meses
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble (indirecto)	$35	Sin límite de frecuencia
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	$35	Sin límite de frecuencia
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	$35	Sin límite de frecuencia
Prótesis dentales, fijas			
D6205	Tramo de puente; resina compuesta indirecta	$177	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6210	Tramo de puente; colado de metal muy noble	$311	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6211	Tramo de puente; colado principalmente de metal base	$311	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6212	Tramo de puente; colado de metal noble	$311	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6240	Tramo de puente; porcelana fundida con metal muy noble	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6241	Tramo de puente; porcelana fundida principalmente con metal base	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6242	Tramo de puente; porcelana fundida con metal noble	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6243	Tramo de puente; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6250	Tramo de puente; resina con metal muy noble	$177	1 cada 5 años (para un mismo diente)

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D6251	Tramo de puente; resina principalmente con metal base	$177	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6252	Tramo de puente; resina con metal noble	$177	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6710	Corona retenedora; resina compuesta indirecta	$185	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6720	Corona retenedora; resina con metal muy noble	$185	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6721	Corona retenedora; resina principalmente con metal base	$185	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6722	Corona retenedora; resina con metal noble	$185	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6750	Corona retenedora; porcelana fundida con metal muy noble	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6751	Corona retenedora; porcelana fundida principalmente con metal base	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6752	Corona retenedora; porcelana fundida con metal noble	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6753	Corona retenedora; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$299	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6780	Corona retenedora; colado de ¾ de metal muy noble	$291	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6781	Corona retenedora; colado de ¾ principalmente de metal base	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6782	Corona retenedora; colado de ¾ de metal noble	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6784	Corona retenedora; ¾, titanio y aleaciones de titanio	$430	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6790	Corona retenedora; colado completo de metal muy noble	$291	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6791	Corona retenedora; colado completo principalmente de metal base	$291	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6792	Corona retenedora; colado completo de metal noble	$291	1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	$40	Sin límite de frecuencia
Cirugía bucodental y maxilofacial			
D7111	Extracción de restos de coronas; diente temporal	$23	1 durante la membresía (para un mismo diente)

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar	Limitaciones generales
D7140	Extracción, diente erupcionado o con raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	$35	Sin límite de frecuencia
D7210	Extracción de diente erupcionado que exige extracción de hueso y/o seccionamiento del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico, si así se indica	$60	1 durante la membresía (para un mismo diente)
D7220	Extracción de diente impactado; tejido blando	$80	1 durante la membresía (para un mismo diente)
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	$80	Sin límite de frecuencia
D7511	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal, complejo (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$80	Sin límite de frecuencia
D7520	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal	$80	Sin límite de frecuencia
D7521	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal, complejo (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$80	Sin límite de frecuencia
Servicios generales complementarios			
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental; por visita	$35	Sin límite de frecuencia
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	$80	Sin límite de frecuencia
D9215	Anestesia local con procedimientos operatorios o quirúrgicos	$0	Sin límite de frecuencia
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual de atención); no se brindan otros servicios	$10	Sin límite de frecuencia
D9440	Visita al consultorio después del horario habitual de atención	$50	Sin límite de frecuencia
D9450	Presentación del caso después de una planificación del tratamiento detallada y extensa	$0	Sin límite de frecuencia
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$25	Sin límite de frecuencia

NOTA: Las prótesis dentales fijas o extraíbles, como las dentaduras postizas completas, las dentaduras postizas parciales extraíbles y los puentes dentales, son hechas por dentistas generales contratados. Los especialistas en prótesis dentales no están incluidos en la red contratada.

NOTA: Si se usan metales nobles o muy nobles para los empastes, las coronas, los puentes o los dispositivos protésicos, se cobrará un cargo adicional según la cantidad de metal usado.

NOTA: A menos que necesite servicios dentales de emergencia que no están cubiertos por Medicare, las cantidades de costo compartido indicadas que debe pagar el miembro solo se aplican cuando recibe servicios dentales de un dentista de la red. (Consulte “Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare”).

NOTA: Como Blue Shield of California firma un contrato con Medicare todos los años, es posible que estos beneficios dentales no estén disponibles el próximo año.

Cómo obtener atención dental

Introducción

Los planes dentales de Blue Shield son administrados por un administrador de planes dentales (DPA, por sus siglas en inglés) contratado, que es un organismo que tiene contrato con Blue Shield para administrar los servicios dentales que se brindan a través de una red de dentistas contratados. Si tiene alguna pregunta relacionada con la información de esta sección sobre servicios dentales, o si necesita ayuda o tiene algún problema, puede comunicarse gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711]**, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados).

Antes de obtener servicios dentales

Usted tiene la responsabilidad de verificar que el dentista que elija sea un dentista de la red.

Este plan dental, válido únicamente para atención dentro de la red, no paga beneficios a los dentistas fuera de la red. Los servicios que se obtengan de un dentista fuera de la red no estarán cubiertos, salvo que se trate de una emergencia dental. Cuando reciba servicios de un dentista fuera de la red, deberá pagarle directamente al dentista la cantidad total facturada.

NOTA: El estado de un dentista de la red puede cambiar. Usted tiene la obligación de verificar que el dentista que elija sea actualmente un dentista de la red, ya que la lista de dentistas contratados puede haber cambiado. Para obtener una lista de los dentistas de la red disponibles en su área, puede comunicarse gratis con el departamento de servicio al cliente

del DPA llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711]**, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados).

Visitas a su dentista

Llame a cualquier dentista de la red y programe una cita. Si tiene alguna pregunta acerca de los días y horarios de atención del consultorio, comuníquese con el consultorio dental directamente.

Antes de empezar el tratamiento, su dentista diseñará un plan de tratamiento que sea adecuado para sus necesidades individuales. Es recomendable que hable con el dentista sobre su plan de tratamiento y sus responsabilidades financieras antes de empezar con el tratamiento.

NOTA: Los miembros que no hayan ido a sus citas dentales de rutina (una vez cada 6 meses) podrían necesitar servicios como el raspado y alisado radicular periodontales antes de que puedan recibir la atención de rutina (p. ej., las limpiezas habituales).

Copagos del miembro

Los copagos deben pagarse al momento de recibir el servicio o al comienzo de la atención. Si elige atenderse con un dentista fuera de la red, no se brindará ningún beneficio, y deberá pagarle directamente al dentista la cantidad total que le facture.

Si necesita ayuda adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento o si tiene alguna pregunta sobre los copagos que debe pagar por los procedimientos dentales cubiertos, puede comunicarse gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711]**, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados).

Tratamiento dental opcional

Un tratamiento dental opcional es cualquier procedimiento que sea:

- una mejora de un servicio cubierto estándar hecha en un laboratorio dental (es posible que se le cobre al miembro un recargo por los costos adicionales de laboratorio), o
- un servicio cubierto más amplio que se ofrece como alternativa a otro servicio dental cubierto que es adecuado, pero más conservador.

A menudo, hay varias opciones de tratamiento aceptables desde el punto de vista clínico y reconocidas por profesionales, que podrían considerarse para los miembros. Para asegurarse

de que los miembros reciban beneficios dentales aceptables en todo momento, el DPA publica sus Políticas Administrativas Vigentes (GAP, por sus siglas en inglés), además de otras pautas y criterios clínicos, y estas publicaciones se distribuyen entre los proveedores de la red. Este documento se revisa con frecuencia para incorporar pautas sobre las situaciones en las que ciertos tratamientos deben considerarse cubiertos u opcionales. Su dentista puede consultar estas pautas para determinar qué plan de tratamiento estará cubierto por este plan.

Si usted elige una forma de tratamiento más amplia que le haya recomendado su dentista o que sea una alternativa a un servicio cubierto adecuado pero más conservador, deberá pagar la diferencia entre la tarifa habitual del consultorio dental seleccionado para el tratamiento más amplio y la tarifa habitual por el beneficio cubierto, más el copago correspondiente por el beneficio cubierto, según se indica en el cuadro de beneficios.

NOTA: Si elige un tratamiento dental opcional, se le pedirá que firme un acuerdo en el que se especifiquen los servicios que recibirá según su plan de tratamiento. Después de haber firmado el acuerdo de aceptación y pago del tratamiento opcional y una vez que el dentista haya empezado el tratamiento, usted será responsable de pagar esos servicios.

Si desea obtener más información, puede consultarle a su dentista o comunicarse con el departamento de servicio al cliente del DPA.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare

La atención dental de emergencia no cubierta por Medicare incluye la atención brindada por un dentista (dentro o fuera del área de servicio del plan Blue Shield 65 Plus Choice Plan) para tratar un problema dental que se manifiesta como un síntoma de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, de modo que el miembro puede esperar razonablemente que la falta de atención inmediata: (i) ponga en grave peligro su salud dental; (ii) cause el deterioro grave de las funciones dentales; o (iii) le cause un sufrimiento indebido.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare dentro del área de servicio

Si considera que necesita atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare y está en el área de servicio de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, llame de inmediato a un dentista de la red. El personal del consultorio dental le aconsejará qué hacer.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Si está fuera del área de servicio de Blue Shield 65 Plus Choice Plan y necesita atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare, puede recibir tratamiento de cualquier dentista con licencia. Se cubrirá hasta $100 por los servicios que reciba de un dentista fuera

del área de servicio (menos los copagos del miembro que correspondan), siempre y cuando cambiar a un dentista de la red suponga un riesgo para su salud.

Reembolso por atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Le reembolsaremos hasta $100 (menos los copagos del miembro que correspondan) por el costo de los servicios dentales de emergencia cubiertos que se brinden fuera del área y no tengan la cobertura de Medicare. Siempre que sea posible, debe pedirle al dentista que envíe la factura directamente a Blue Shield of California a la dirección indicada a continuación.

Para obtener un reembolso, envíe por escrito su pedido de reembolso, el recibo de pago y una descripción de los servicios recibidos a la siguiente dirección:

Blue Shield of California
P.O. Box 30567
Salt Lake City, UT 84130-0567

Hay límites de tiempo para la presentación de reclamaciones. Por lo general, las facturas de los servicios deben presentarse ante Blue Shield of California en el transcurso de un año a partir de la fecha en la que se recibió el servicio, a menos que haya un motivo para presentarlas más tarde.

Nuestro DPA revisará el servicio dental de emergencia no cubierto por Medicare que usted recibió y procesará su reclamación dentro de los 30 días calendario después de recibirla, si es que no falta ningún dato necesario. Si en su reclamación falta algún dato necesario, se les notificará a usted o a su proveedor y se les pedirá que envíen la información faltante. El DPA no puede procesar su reclamación hasta que recibamos la información faltante. Una vez recibida la información que falta, el DPA tendrá 30 días calendario para procesar su reclamación. A excepción de los servicios dentales de emergencia que no están cubiertos por Medicare, usted será responsable de pagar la totalidad de los servicios dentales que reciba fuera de California.

Rechazo de una reclamación de reembolso por atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Si se rechaza en forma total o parcial una reclamación de reembolso por atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare y ha sido obtenida fuera del área de servicio, el DPA le notificará la decisión por escrito dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha en que se recibió la reclamación. La notificación incluirá el motivo específico del rechazo y le informará que puede pedir una reconsideración del rechazo.

Para pedir una reconsideración del rechazo total o parcial, envíe un aviso por escrito a Blue Shield 65 Plus Choice Plan dentro de los 65 días calendario siguientes a la fecha que aparece en el aviso de rechazo por escrito.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Cómo obtener una segunda opinión sobre la atención dental

Respecto de su atención dental, puede pedir una segunda opinión de otro dentista que tenga contrato con el DPA si:

- no está conforme con el tratamiento que recibió de su dentista elegido;
- no está seguro sobre un plan de tratamiento propuesto;
- no está de acuerdo con las recomendaciones de su dentista elegido o del director del DPA; o
- no está conforme con la calidad del trabajo dental que se le está haciendo.

Una comparación de precios de un plan de tratamiento o procedimiento propuestos no es suficiente para obtener una segunda opinión.

Para pedir una segunda opinión, llame al departamento de servicio al cliente del DPA al **(888) 679-8928 (TTY: 711].**

El director del DPA revisará su pedido de una segunda opinión y, si el pedido es adecuado, le enviará una autorización para que visite a otro dentista de la red en su área. Tendrá 30 días calendario para comunicarse con el segundo dentista e ir a su consultorio para obtener una segunda opinión. Deberá pagar cualquier costo compartido del plan que corresponda para que el segundo dentista brinde una segunda opinión (esto incluye el costo de la visita al consultorio, el costo de las radiografías que se tomen y de los dispositivos de prueba que se usen, y el costo correspondiente a los informes por escrito para el director del DPA). El segundo dentista solo le dará una segunda opinión, no le brindará tratamiento en esa visita.

Si necesita ayuda adicional, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan al número de teléfono que está en su tarjeta de identificación de miembro.

Cómo cambiar de dentista

Si no está conforme con el dentista de la red que eligió o que lo atiende actualmente, puede elegir otro dentista de la red que esté en el directorio. No es necesario que se comunique

con el servicio al cliente para cambiar de dentista. Sin embargo, si necesita ayuda para elegir otro dentista de la red, comuníquese gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 (TTY: 711].**

NOTA: Si le debe dinero a su dentista actual en el momento en que desea cambiarse a otro dentista, primero deberá cancelar la cuenta con su dentista actual. Si se cambia a un nuevo dentista, es posible que deba pagar una tarifa nominal por la duplicación y transferencia de las radiografías y otros registros a su nuevo dentista.

NOTA: En general, los miembros no pueden cambiarse a un nuevo dentista si están en la mitad de un procedimiento que implica varias visitas al dentista y para el que se ha hecho una impresión final para la fabricación de un aparato dental, a menos que demuestren que se trata de una causa excepcional. Esto incluye el cambio de dentista para coronas, incrustaciones y recubrimientos onlay (procedimientos avanzados de restauración), dentaduras postizas completas y parciales extraíbles (prótesis dentales extraíbles) y componentes de puentes (prótesis dentales fijas).

En los casos en que Blue Shield 65 Plus Choice Plan permita el cambio en la mitad de un procedimiento, es posible que usted tenga que pagar los cargos de laboratorio en los que incurra el dentista para fabricar el aparato dental. Los cargos no podrán superar los copagos indicados para los procedimientos cubiertos. Además, es posible que tenga que pagar los cargos de laboratorio por cualquier elemento opcional que su dentista haya pedido para usted.

Como el DPA no puede obligar a un dentista contratado a atender a ningún miembro ni puede exigírselo por ninguna razón, el DPA avisará a Blue Shield 65 Plus Choice Plan cuando se produzca una ruptura en la relación dentista-paciente o cuando no sea posible establecer un vínculo productivo.

Blue Shield 65 Plus Choice Plan trabajará junto con usted y con el DPA para resolver el problema o para seleccionar otro dentista. Si es necesario que usted elija otro dentista debido a que hubo una ruptura en la relación dentista-paciente o a que no fue posible establecer un vínculo productivo, no se aplicarán las tarifas por duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Sin embargo, los cambios de dentista de rutina iniciados por los miembros estarán sujetos a la aplicación de tarifas por duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Para obtener más información, comuníquese gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711].**

Su dentista ya no tiene contrato con el DPA de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Si el dentista de la red que ha elegido no puede mantener su contrato con el DPA porque no puede cumplirlo o porque lo infringió, o si el DPA ha cancelado el contrato, el DPA le

notificará a usted la situación como mínimo 30 días calendario antes de la fecha efectiva de cancelación del contrato del dentista para que pueda seleccionar otro dentista.

Si el DPA le avisa que es necesario que elija otro dentista de la red por este motivo, no se aplicarán las tarifas por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros al nuevo dentista.

Usted tiene otro plan dental

Si tiene dos planes prepagos de la red, puede usar los beneficios dentales administrados por el DPA e incluidos como parte de su cobertura de Blue Shield 65 Plus Choice Plan o el otro plan prepago de la red, pero no los dos.

Si el consultorio del dentista que seleccionó es el mismo para los dos planes prepagos, pero los copagos son diferentes, el consultorio le cobrará las cantidades de costo compartido correspondientes a la tarjeta de identificación del plan que usted presente al momento de obtener el servicio.

Resolución de desacuerdos

Si tiene alguna inquietud sobre algún aspecto de los beneficios de su plan dental, comuníquese gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 (TTY: 711)**. También puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (los números de teléfono están en la contraportada de este documento).

Si cree que sus inquietudes no han sido completamente resueltas, tiene derecho a presentar una apelación o un reclamo ante Blue Shield of California. Consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o un reclamo.

Exclusiones generales del plan dental HMO

1. Se excluyen de la cobertura los medicamentos que no estén asociados con un tratamiento de atención dental, como la irrigación medicinal, los antibióticos administrados localmente y los medicamentos recetados.

2. Se excluyen de la cobertura aquellos servicios respecto de los cuales la opinión profesional del dentista responsable o del director de servicios dentales de Blue Shield es que no podrá obtenerse un resultado satisfactorio o que el pronóstico es desfavorable o reservado (es decir, sin una expectativa de servicio mínima de 3 años).

3. La extracción de dientes asintomáticos y sin signos patológicos, la extracción para

ortodoncia, los procedimientos de cirugía ortognática y la exposición de corona no están incluidos en la cobertura. La extracción del tercer molar (“muela del juicio”) está limitada únicamente a aquellas instancias en las que no se puede brindar tratamiento al diente de una manera mínimamente invasiva.

4. La colocación o extracción de implantes, los aparatos colocados en los implantes dentales o los servicios relacionados con los implantes, entre ellos, los tratamientos profilácticos y periodontales, no están incluidos en la cobertura.

5. La cobertura no incluye los problemas dentales que se originen a causa del empleo del miembro, o por los que corresponda el pago de una compensación por accidentes de trabajo, o que sean responsabilidad de un tercero. La cobertura tampoco incluye los servicios que el miembro reciba por medio del Gobierno estatal o de una agencia del estado, o que obtenga sin costo alguno a través de alguna municipalidad, condado o subdivisión, salvo según lo estipulado en la Sección 1373(a) del California Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad de California).

6. La cobertura no incluye los servicios dentales (ni las tarifas asociadas) llevados a cabo en un centro de tratamiento que no sea el consultorio del proveedor contratado (es decir, un hospital, un centro ambulatorio, una clínica para pacientes ambulatorios, un centro quirúrgico, etc.).

7. No se cubre el tratamiento ni la extracción de cánceres, quistes, tumores o neoplasia.

8. No se cubren los tratamientos ni los servicios dentales para restaurar la pérdida de la estructura del diente por desgaste anormal o excesivo, fricción, abrasión, abfracción, bruxismo o erosión, salvo cuando se deban a la función masticatoria normal; el cambio o la restauración de la dimensión vertical o de la oclusión, y la reconstrucción total de la boca, el diagnóstico o el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).

9. No se cubre el tratamiento de fracturas y dislocaciones de la mandíbula.

10. No se cubren los procedimientos, aparatos o restauraciones dentales para corregir dientes faltantes por razones congénitas o del desarrollo, u otras enfermedades congénitas o del desarrollo, malformaciones del desarrollo (entre otras, paladar hendido, hipoplasia del esmalte, fluorosis, malformaciones de la mandíbula y anodoncia) y dientes supernumerarios.

11. No están cubiertos los gastos dentales generados por cualquier procedimiento dental iniciado después de que el miembro deje de ser elegible para la cobertura, ni los gastos dentales generados por un tratamiento en curso antes de que el miembro sea

elegible para la cobertura de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (por ejemplo, dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto radiculares en curso, prótesis fijas y extraíbles). A los fines de esta exclusión, la fecha en la que se considerará que empezó un determinado procedimiento se define de la siguiente manera:

a. Para dentaduras postizas completas o parciales: la fecha en que se toma la impresión final.
b. Para puentes fijos, coronas, incrustaciones y recubrimientos onlay: la fecha en que los dientes se preparan por primera vez.
c. Para tratamientos de conducto radicular: la fecha en que se abrió la cámara pulpar o la fecha en que se exploraron los conductos hasta el ápice del diente, la que sea posterior.
d. Para cirugías periodontales: la fecha en que se hace la cirugía.
e. Para todos los demás servicios: la fecha en que se brinda el servicio.

12. Las coronas, los puentes o las dentaduras postizas iniciadas en un consultorio (mientras el miembro cuenta con la cobertura de Blue Shield 65 Plus Choice Plan) se considerarán “en curso” hasta su entrega. No se brindarán beneficios adicionales para los tratamientos en curso.

13. La atención brindada por un especialista en prótesis dentales no tiene cobertura.

14. La cobertura no incluye el reemplazo por pérdida o robo de prótesis dentales extraíbles y fijas (coronas, puentes, dentaduras postizas completas o parciales), independientemente del pagador.

15. El cuadro “Descripción de ADA para los servicios cubiertos” que está más arriba es la declaración de cobertura definitiva y reemplaza cualquier otro material. Cualquier servicio dental que no esté específicamente detallado como un beneficio cubierto está excluido de la cobertura, independientemente de cualquier otro material escrito explícito o implícito.
16. Los procedimientos de alargamiento de la corona no están cubiertos.

17. No se cubre el reemplazo de dientes que ya han faltado por mucho tiempo cuando la dentición restante se encuentra estable. (Por ejemplo: casos en que los dientes faltan desde hace dos años o más y no se han reemplazado, y los dientes adyacentes y antagonistas tienen oclusión).

18. La cobertura no incluye los tratamientos para las personas que, por motivos médicos u otras circunstancias, no puedan recibir atención dental en el consultorio de un proveedor dental de la red o que tengan limitaciones mentales o de conducta que afecten la capacidad del proveedor para brindar una atención dental adecuada en el consultorio.

19. Los beneficios no incluyen ferulización, hemisección, implantes, sobredentaduras,

injertos (a menos que se especifique lo contrario), regeneración tisular guiada, restauraciones totalmente de cerámica, acoplamientos de precisión, duplicación de dentaduras postizas ni aparatos para el tratamiento del bruxismo.

20. Los informes de patología no están cubiertos.

21. No se cubre el tratamiento dental para coronas, puentes o dentaduras postizas que tengan como finalidad restaurar la estructura dental perdida como consecuencia de una lesión accidental. Una lesión dental accidental se define como un daño producido a los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, provocado por fuerzas externas a la boca. No se cubre el tratamiento para los servicios relacionados con accidentes pagaderos por otra aseguradora responsable que no sea el plan dental.

22. La cobertura no incluye los servicios dentales recibidos de un dentista que no pertenezca a la red, a menos que Blue Shield 65 Plus Choice Plan lo autorice expresamente por escrito antes de empezar el tratamiento.

Sección 2.1 Beneficios suplementarios opcionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original ni se incluyen en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se llaman beneficios suplementarios opcionales. Si desea obtener estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos, y es posible que deba pagar una prima adicional para recibirlos. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que los otros beneficios.

Blue Shield ofrece dos planes dentales suplementarios opcionales para los miembros de Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Los miembros pueden elegir entre un plan dental HMO suplementario opcional y un plan dental PPO suplementario opcional. ¿No está seguro de qué plan elegir? A continuación, encontrará una breve descripción de las dos opciones de planes:

- El plan HMO tiene una prima mensual más baja de **$16.00** y ofrece costos de bolsillo definidos para el miembro.
- El plan PPO le permite elegir entre dentistas de la red y dentistas fuera de la red, pero deberá pagar una prima mensual más alta de **$49.00**.

Consejo: Usted tiene varias opciones para pagar su prima. Puede consultarlas en la Sección 5.1 del Capítulo 1.

Planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Los planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales de Blue Shield 65 Plus Choice Plan son administrados por un administrador de planes dentales (DPA) contratado, que es un

organismo que tiene contrato con Blue Shield para administrar los servicios dentales que se brindan a través de una red de dentistas contratados. El DPA también tiene contrato con Blue Shield para encargarse de la administración y el procesamiento de las reclamaciones por servicios recibidos de dentistas de la red y dentistas fuera de la red.

Inscripción en un plan dental HMO o PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Para inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, debe haber indicado su decisión de comprar uno de estos planes en su formulario de inscripción al momento de inscribirse en Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Para inscribirse en el plan dental HMO suplementario opcional, debe haber seleccionado un dentista de la red de la lista de dentistas que está en el Directorio de Proveedores y haber indicado su decisión en el formulario de inscripción al momento de inscribirse. Con el plan dental PPO suplementario opcional, no es necesario que seleccione un dentista de la red para poder inscribirse. Si ya es miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, puede llamar a Servicio al Cliente (el número está en la contraportada de este documento) y pedir un formulario de inscripción para agregar la cobertura del plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Puede agregar esta cobertura por primera vez en cualquier momento del año.

Cambio de la inscripción entre los planes dentales HMO o PPO suplementarios opcionales de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Si actualmente está inscrito en un plan dental suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, tiene la opción de cambiarse a otro plan dental suplementario opcional de Blue Shield. Durante el Período de inscripción anual (AEP, por sus siglas en inglés), que es del 7 de octubre al 15 de diciembre, usted puede pasarse del plan dental HMO suplementario opcional al plan dental PPO suplementario opcional, o del plan dental PPO suplementario opcional al plan dental HMO suplementario opcional, para que este cambio comience el 1 de enero.

Para cambiar su inscripción fuera del AEP, debe seguir estas pautas:

- Para cambiarse al plan dental PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan fuera del AEP, debe haber estado inscrito de manera ininterrumpida en el plan dental HMO suplementario opcional durante seis (6) meses, seguir inscrito en Blue Shield 65 Plus Choice Plan y seguir pagando su prima mensual del plan dental suplementario opcional. Debe completar y enviar una nueva solicitud para el plan dental PPO suplementario opcional.
- Para cambiarse al plan dental HMO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan fuera del AEP, debe haber estado inscrito de manera ininterrumpida

en el plan dental PPO suplementario opcional durante doce (12) meses, seguir inscrito en Blue Shield 65 Plus Choice Plan y seguir pagando su prima mensual del plan dental suplementario opcional. Debe completar y enviar una nueva solicitud para el plan dental HMO suplementario opcional.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en un plan dental suplementario opcional o cómo cambiar de un plan dental suplementario opcional a otro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este documento).

Pedido de cancelación de la inscripción en un plan dental HMO o PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Puede pedir la cancelación de la inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional en cualquier momento del año. Puede enviarnos por correo postal o por fax una carta firmada donde pida la cancelación de la inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, o puede llamar a Servicio al Cliente para pedir un formulario de cancelación de la inscripción. En la carta, debe expresar claramente su deseo de cancelar su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Además, debe incluir su nombre en letra de imprenta y su número de identificación de membresía, tal como aparecen en la tarjeta de identificación de miembro. Los pedidos de cancelación de la inscripción que se reciban antes del último día del mes tendrán validez a partir del primer día del mes siguiente. Si el pedido de cancelación de la inscripción se recibe después del último día del mes, el miembro deberá pagar la prima del plan dental HMO o PPO suplementario opcional.

Además, podremos cancelar su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional si usted no paga su prima mensual obligatoria antes del vencimiento. La prima del plan debe pagarse, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Si no recibimos el pago de su prima antes del último día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que daremos por terminada su membresía en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional si no recibimos los pagos de todas las primas que se deban dentro de un período de gracia de 3 meses. Usted será responsable de la prima acumulada durante este período de gracia de 3 meses.

Al momento de dar por terminada su membresía en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, es posible que aún nos deba primas que no haya pagado. Usted tendrá que pagar la cantidad que debe antes de poder volver a inscribirse en ese plan.

Dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que se canceló la inscripción, le enviaremos un aviso para confirmarle el fin de la cobertura con la fecha específica en que terminó la cobertura.

La cancelación de la inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional no provocará la cancelación de la inscripción en Blue Shield 65 Plus Choice Plan. La falta de pago de las primas del plan dental HMO o PPO suplementario opcional no provocará la cancelación de la inscripción en Blue Shield 65 Plus Choice Plan, sino solo la pérdida del plan dental.

Reinscripción

Si cancela su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, deberá esperar seis (6) meses para poder volver a inscribirse.

Reembolso de una prima

Los miembros inscritos en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional tienen que pagar una prima mensual del plan y tienen derecho a recibir un reembolso por los pagos en exceso de las primas del plan que hayan hecho durante el transcurso del año o en el momento de la cancelación de la inscripción. Los pagos en exceso de las primas del plan dental HMO o PPO suplementario opcional se reembolsarán cuando usted lo pida o al momento de la cancelación de la inscripción. Le reembolsaremos los pagos en exceso dentro de los 30 días hábiles siguientes a la notificación.

Cuadro de beneficios de los planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales: lo que está cubierto y lo que debe pagar

En el siguiente ***Cuadro de Resumen de Beneficios***, se indican los procedimientos dentales específicos cubiertos por los planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales y lo que usted deberá pagar por esos procedimientos. Los servicios incluidos en el cuadro son beneficios cubiertos cuando los brinda un dentista con licencia y cuando se determina que son necesarios y habituales según los estándares de práctica dental generalmente aceptada. Además, en el caso específico del plan dental HMO suplementario opcional, la referencia a un especialista dental está limitada únicamente a aquellos procedimientos que no puedan ser llevados a cabo por un dentista general contratado, según lo determine el director de servicios dentales antes de que se brinde el servicio. Como miembro del plan dental PPO suplementario opcional, puede ir directamente a un especialista dental sin necesidad de obtener una referencia.

Importante: Los procedimientos que no están incluidos en el cuadro no están cubiertos.

Es posible que no todos los procedimientos sean apropiados para todas las personas. En los casos en que haya más de un procedimiento o una opción adecuados para tratar un problema dental, puede aplicarse una “Disposición sobre Beneficios Alternativos” (ABP, por sus siglas en inglés).

Se puede aplicar una ABP cuando un problema dental se pueda tratar mediante un procedimiento profesionalmente aceptable que sea menos costoso que el tratamiento recomendado por el dentista. Por ejemplo, se aplicará un beneficio alternativo de una dentadura postiza parcial cuando falten dientes bilateralmente o falten más de 3 dientes en un cuadrante o en la región anterior. La ABP no obliga al miembro a aceptar el tratamiento menos costoso. Sin embargo, si el miembro y el dentista eligen el tratamiento más costoso, el miembro deberá pagar los cargos adicionales que superen la cantidad permitida para la ABP.

Importante: Algunos servicios dentales no tienen cobertura de los planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales en ningún caso (esto es lo que se conoce como exclusiones), y otros servicios dentales solo tienen cobertura en algunos casos específicos (esto es lo que se conoce como limitaciones). Para obtener más información, consulte la columna "Limitaciones generales" del ***Cuadro de Resumen de Beneficios*** que se incluye a continuación y la lista "Exclusiones generales" que se incluye después del ***Cuadro de Resumen de Beneficios***.

Importante: Los límites de frecuencia que se indican en la columna "Limitaciones generales" del ***Cuadro de Resumen de Beneficios*** y que no especifican "por año del plan" o "durante la membresía" se basan en la última fecha en que se brindó el servicio. Por ejemplo, un límite de 1 cada 6 meses significa que puede recibir el servicio indicado una vez cada seis meses a partir de la fecha en que recibió ese mismo servicio por última vez. Entonces, si recibe su primer servicio el 1 de enero, podrá volver a recibir ese mismo servicio el 1 de julio. Si recibe su primer servicio el 1 de julio, no podrá volver a recibir ese mismo servicio hasta el 1 de enero del siguiente año del plan. Los servicios para los que se indique un límite de frecuencia serán ilimitados cuando sean necesarios y habituales, según lo determinen los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.

Cuando haya documentación que demuestre que alguno de los siguientes problemas de salud existía al comienzo del tratamiento o que existían problemas de salud emergentes durante la preparación de un diente específico, el tratamiento quedará sujeto a la revisión de la documentación por parte de un director dental del plan.

Se brindarán beneficios para los procedimientos dentales específicos que sean necesarios para tratar los problemas dentales agudos especificados, ya sean emergentes, dolorosos o infecciosos, de una manera consistente con los estándares de atención profesionalmente reconocidos. El plan se reserva el derecho de hacer una revisión administrativa, a través de un director dental del plan, de la documentación enviada en relación con los problemas de salud anteriores con el fin de determinar la cobertura.

Entre los problemas de salud caracterizados por dolor agudo o infección se incluyen los siguientes:

- Dolor agudo que requiere tratamiento de conducto radicular inmediato.
- Dolor agudo que requiere la extracción de un diente y/o incisión y drenaje.

- Absceso periodontal agudo que requiere procedimientos periodontales de emergencia.

Entre los problemas de salud emergentes relacionados con la restauración se incluyen los siguientes:

- Un diente que se está restaurando con un empaste (restauración básica), pero que, debido al nivel de caries o fractura descubierto durante el procedimiento, ahora requiere la colocación de una corona colada (restauración mayor).

Los servicios se indican con el código de procedimiento de la American Dental Association (ADA, Asociación Dental Estadounidense), de acuerdo con la terminología vigente para el área odontológica. La ley federal exige el uso de los códigos ADA para informar procedimientos dentales. La ADA puede cambiar los códigos de procedimiento de vez en cuando. El plan puede cambiar esta lista de códigos según lo exija la ley. Si desea obtener una lista de códigos ADA actualizada, puede comunicarse gratis con el departamento de servicio al cliente del administrador de planes dentales (DPA) llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711]**, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados).

Cuadro de Resumen de Beneficios

	Plan dental HMO	**Plan dental PPO**	
Acceso a la red	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
Deducible por año calendario (no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico brindados por dentistas de la red y dentistas fuera de la red)	Ninguno	$50	
Cantidad máxima por año calendario	Ninguno	$1,500 por los servicios dentales preventivos y completos cubiertos combinados, independientemente de si los servicios son brindados por un dentista general de la red o un especialista dental. De esta cantidad máxima, se puede usar hasta $1,000 para los servicios dentales preventivos y completos cubiertos brindados por dentistas fuera de la red en un año calendario. Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año calendario de $1,500.	

No hay períodos de espera para ninguno de los servicios cubiertos por el plan dental HMO suplementario opcional o el plan dental PPO suplementario opcional.

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
Exámenes bucodentales					
D0120	Examen bucodental periódico; paciente existente	$0	0 %	20 %	HMO: 2 cada 12 meses PPO: 2 por año del plan
D0140	Examen bucodental limitado; por un problema específico	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0150	Examen bucodental completo; paciente nuevo o existente	$5	0 %	20 %	HMO: Sin límite de frecuencia PPO: 1 cada 6 meses
D0160	Examen bucodental amplio y detallado; por un problema específico; por informe	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0170	Segundo examen; limitado, por un problema específico (paciente existente; visita que no es posoperatoria)	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0180	Examen periodontal completo; paciente nuevo o existente	$5	0 %	20 %	1 cada 36 meses
Radiografías dentales					
D0210	Intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas	$0	0 %	20 %	1 cada 24 meses
D0220	Intrabucal periapical; primera imagen radiográfica	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0230	Intrabucal periapical; cada imagen radiográfica adicional	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0240	Intrabucal oclusal; imagen radiográfica	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0250	Extrabucal; imagen radiográfica de proyección 2D creada con una fuente de radiación estacionaria y un detector	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D0270	Aleta de mordida; una imagen radiográfica	$0	0 %	20 %	HMO: Sin límite de frecuencia PPO: 4 por año del plan
D0272	Aletas de mordida; dos imágenes radiográficas	$0	0 %	20 %	HMO: 1 cada 6 meses PPO: 1 por año del plan
D0273	Aletas de mordida; tres imágenes radiográficas	$0	0 %	20 %	HMO: 1 cada 6 meses PPO: 1 por año del plan
D0274	Aletas de mordida; cuatro imágenes radiográficas	$0	0 %	20 %	HMO: 1 cada 6 meses PPO: 1 por año del plan
D0277	Aletas de mordida verticales; 7 u 8 imágenes radiográficas	$0	0 %	20 %	HMO: 1 cada 6 meses PPO: 1 cada 24 meses
D0330	Imagen radiográfica panorámica	$0	0 %	20 %	1 cada 24 meses
D0372	Tomosíntesis intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas	$0	0 %	20 %	1 cada 24 meses
D0373	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica de aletas de mordida	$0	0 %	20 %	HMO: 1 cada 6 meses PPO: 1 por año del plan
D0374	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica periapical	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0387	Tomosíntesis intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	1 cada 24 meses

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D0388	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica de aletas de mordida; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	HMO: 1 cada 6 meses PPO: 1 por año del plan
D0389	Tomosíntesis intrabucal; imagen radiográfica periapical; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0701	Imagen radiográfica panorámica; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	1 cada 24 meses
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	1 cada 24 meses
D0706	Intrabucal oclusal; imagen radiográfica; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0707	Intrabucal periapical; imagen radiográfica; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0708	Intrabucal; imagen radiográfica de aletas de mordida; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	HMO: Sin límite de frecuencia PPO: 4 por año del plan
D0709	Intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %	1 cada 24 meses
Otros servicios dentales de diagnóstico					
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dentaria	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D0470	Modelos de diagnóstico	$10	0 %	20 %	HMO: Sin límite de frecuencia PPO: 1 cada 24 meses

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D9310	Consulta; servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico que no sea el dentista o médico solicitante	$0	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D9995	Teleodontología, sincrónica; consulta en tiempo real	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D9996	Teleodontología, asincrónica; información almacenada y transmitida al dentista para su revisión posterior	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
Profilaxis (limpieza)					
D1110	Profilaxis; adultos	$5	0 %	20 %	1 cada 6 meses
Tratamiento con flúor					
D1206	Aplicación tópica de flúor, incluye barniz	$0	0 %	20 %	HMO: Sin límite de frecuencia PPO: 1 por año del plan
Otros servicios dentales preventivos					
D1310	Asesoramiento sobre nutrición para el control de enfermedades dentales	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D1330	Enseñanza de higiene bucodental	$0	0 %	20 %	Sin límite de frecuencia
D1351	Sellador; por diente	$5	0 %	20 %	HMO: 1 cada 36 meses (para un mismo diente) PPO: 1 cada 24 meses (para un mismo diente)
Servicios de restauración					
D2140	Amalgama; una superficie, diente temporal o definitivo	$8	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D2150	Amalgama; dos superficies, diente temporal o definitivo	$10	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D2160	Amalgama; tres superficies, diente temporal o definitivo	$15	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D2161	Amalgama; cuatro o más superficies, diente temporal o definitivo	$18	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D2330	Resina compuesta; una superficie, anterior	$11	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D2331	Resina compuesta; dos superficies, anterior	$17	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D2332	Resina compuesta; tres superficies, anterior	$19	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D2335	Resina compuesta; cuatro o más superficies (anterior)	$19	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D2391	Resina compuesta; una superficie, posterior	$50	Sin cobertura		HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente/ superficie)
D2392	Resina compuesta; dos superficies, posterior	$60	Sin cobertura		HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente/ superficie)
D2393	Resina compuesta; tres superficies, posterior	$70	Sin cobertura		HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente/ superficie)
D2394	Resina compuesta; cuatro o más superficies, posterior	$80	Sin cobertura		HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente/ superficie)
D2510	Incrustación metálica; una superficie	$50	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente/ superficie) PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D2520	Incrustación metálica; dos superficies	$70	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente/ superficie) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D2530	Incrustación metálica; 3 o más superficies	$90	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente/ superficie) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D2543	Recubrimiento onlay metálico; tres superficies	$110	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente/ superficie) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D2544	Recubrimiento onlay metálico; cuatro o más superficies	$115	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente/ superficie) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D2710	Corona; resina compuesta (indirecta)	$95	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2712	Corona; ¾ de resina compuesta (indirecta)	$95	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2720	Corona; resina con metal muy noble	$122	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2721	Corona; resina principalmente con metal base	$122	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2722	Corona; resina con metal noble	$122	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D2740	Corona; porcelana/cerámica	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2750	Corona; porcelana fundida con metal muy noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2751	Corona; porcelana fundida principalmente con metal base	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2752	Corona; porcelana fundida con metal noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2753	Corona; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D2780	Corona; colado de ¾ de metal muy noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2781	Corona; colado de ¾ principalmente con metal base	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2782	Corona; colado de ¾ de metal noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2790	Corona; colado completo de metal muy noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2791	Corona; colado completo principalmente de metal base	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D2792	Corona; colado completo de metal noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2910	Recementado o readhesión de incrustación, recubrimiento onlay, colocación de carillas dentales o restauración de cobertura parcial	$10	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D2915	Recementado o readhesión de poste y núcleo colados, prefabricados o fabricados indirectamente	$10	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D2920	Recementado o readhesión de corona	$10	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D2940	Colocación de restauración directa provisional	$0	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos si son necesarios	$30	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D2951	Retención con perno; por diente, además de la restauración	$5	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D2952	Poste y núcleo, además de la corona, fabricados indirectamente	$60	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: Sin límite de frecuencia
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente	$60	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: Sin límite de frecuencia
D2954	Poste y núcleo prefabricados, además de la corona	$35	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D2960	Carilla dental labial (laminado de resina), directa	$73	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2961	Carilla dental labial (laminado de resina), indirecta	$122	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2962	Carilla dental labial (laminado de porcelana), indirecta	$295	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de que no se puede restaurar	$8	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
Endodoncia					
D3110	Recubrimiento (directo) de la pulpa dentaria, sin restauración final	$5	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3120	Recubrimiento (indirecto) de la pulpa dentaria, sin restauración final	$5	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3310	Tratamiento de endodoncia; diente anterior (sin restauración final)	$195/ $268	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: Sin límite de frecuencia

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D3320	Tratamiento de endodoncia; diente premolar (sin restauración final)	$250/ $332	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: Sin límite de frecuencia
D3330	Tratamiento de endodoncia; diente molar (sin restauración final)	$335/ $425	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: Sin límite de frecuencia
D3346	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; anterior	$195/ $268	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3347	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; premolar	$250/ $332	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3348	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; molar	$335/ $425	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3410	Apicectomía/anterior	$100	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3421	Apicectomía/premolar (primera raíz)	$195	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3425	Apicectomía/molar (primera raíz)	$295	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$120	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3430	Empaste retrógrado; por raíz	$120	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, anterior	$100	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, premolar	$100	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, molar	$100	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	**Plan dental PPO**		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D3911	Barrera intraorificio	$50	Sin cobertura		HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente/ superficie)
Periodoncia					
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia; cuatro o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$100	50 %	50 %	1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia; de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$20	50 %	50 %	1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular; cuatro o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$168	50 %	50 %	1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular; de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$112	50 %	50 %	1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor total y sutura); cuatro o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$293	50 %	50 %	1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor total y sutura); de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$195	50 %	50 %	1 cada 36 meses (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, un solo diente (cuando no se hace junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica)	$168	50 %	50 %	1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D4341	Raspado y alisado radicular periodontales; cuatro o más dientes; por cuadrante	$45	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente) PPO: 1 cada 24 meses (para un mismo diente)
D4342	Raspado y alisado radicular periodontales; de uno a tres dientes; por cuadrante	$45	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses (para un mismo diente) PPO: 1 cada 24 meses (para un mismo diente)
D4346	Raspado en caso de inflamación gingival generalizada moderada o grave	$20	Sin cobertura		HMO: 1 cada 6 meses
D4355	Desbridamiento completo de la boca para permitir un examen completo y un diagnóstico en una visita subsiguiente	$40	Sin cobertura		HMO: 1 cada 24 meses
D4910	Mantenimiento periodontal	$20	50 %	50 %	1 cada 6 meses
Prótesis dentales, extraíbles					
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	$285	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	$285	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	$285	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	$285	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, con base de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$149	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, con base de resina (incluye materiales retenedores/ sujetadores, apoyos y dientes)	$149	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura metálica colada con bases de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$310	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura metálica colada con bases de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$185	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, con base de resina (incluye materiales retenedores/ sujetadores, apoyos y dientes)	$300	Sin cobertura		HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, con base de resina (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes)	$300	Sin cobertura		HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; de una pieza en metal colado (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes), maxilar	$185	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; de una pieza en metal colado (incluye materiales retenedores/sujetadores, apoyos y dientes), mandibular	$185	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; base flexible de una pieza (incluye materiales retenedores/ sujetadores, apoyos y dientes), por cuadrante	$185	Sin cobertura		HMO: 1 por año del plan cada 5 años
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; de una pieza en resina (incluye materiales retenedores/ sujetadores, apoyos y dientes), por cuadrante	$185	Sin cobertura		HMO: 1 por año del plan cada 5 años
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa, maxilar	$10	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa, mandibular	$10	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial, maxilar	$10	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	$10	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5511	Reparación de daños en la base de la dentadura postiza completa, mandibular	$21	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5512	Reparación de daños en la base de la dentadura postiza completa, maxilar	$21	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa, por diente	$21	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D5621	Reparación de estructura parcial colada, mandibular	$22	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5622	Reparación de estructura parcial colada, maxilar	$21	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5630	Reparación o reemplazo de materiales retenedores/sujetadores dañados, por diente	$25	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente	$27	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5650	Agregado de diente a la dentadura postiza parcial existente, por diente	$25	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses (para un mismo diente)
D5660	Agregado de gancho a la dentadura postiza parcial existente, por diente	$33	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D5670	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico de la estructura metálica colada (maxilar)	$134	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5671	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico de la estructura metálica colada (mandibular)	$134	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5710	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar completa	$75	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5711	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular completa	$75	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5720	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar parcial	$67	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5721	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular parcial	$67	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5725	Reemplazo de la base de la prótesis híbrida	$75	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5730	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa (directa)	$35	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D5731	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa (directa)	$35	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5740	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial (directa)	$35	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5741	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial (directa)	$35	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5750	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa (indirecta)	$59	50 %	50 %	HMO:] 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5751	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa (indirecta)	$59	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5760	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial (indirecta)	$59	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5761	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial (indirecta)	$59	50 %	50 %	HMO: 1 cada 12 meses PPO: 1 cada 6 meses
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble (indirecto)	$28	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D5810	Dentadura postiza completa temporal (maxilar)	$145	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años
D5811	Dentadura postiza completa temporal (mandibular)	$145	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 5 años
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	$28	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	$28	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan cada 5 años PPO: 1 cada 6 meses
Servicios de implantes					
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo de un implante: implante endóstico	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 durante la membresía
D6056	Pilar prefabricado; incluye modificación y colocación	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6057	Pilar fabricado a medida; incluye colocación	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6058	Corona de cerámica/porcelana sobre pilar	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6059	Corona de porcelana fundida con metal sobre pilar (metal muy noble)	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6060	Corona de porcelana fundida con metal sobre pilar (principalmente con metal base)	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6061	Corona de porcelana fundida con metal sobre pilar (metal noble)	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6062	Corona de metal fundido sobre pilar (metal muy noble)	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6063	Corona de metal fundido sobre pilar (principalmente con metal base)	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6064	Corona de metal fundido sobre pilar (metal noble)	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6065	Corona de cerámica/porcelana sobre implante	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6066	Corona sobre implante; porcelana fundida con aleaciones muy nobles	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6067	Corona sobre implante; aleaciones muy nobles	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retira y se vuelve a colocar una prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza de la prótesis y de los pilares	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6082	Corona sobre implante; porcelana fundida principalmente con aleaciones de metal base	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6083	Corona sobre implante; porcelana fundida con aleaciones de metal noble	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6084	Corona sobre implante; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6086	Corona sobre implante; principalmente aleaciones de metal base	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6087	Corona sobre implante; aleaciones de metal noble	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6088	Corona sobre implante; titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6089	Acceso y reapriete de tornillo de implante flojo; por tornillo	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: Sin límite de frecuencia
D6090	Reparación de prótesis sobre pilar/implante	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 6 meses (para un mismo diente)
D6092	Recementado o readhesión de corona sobre pilar/implante	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: Sin límite de frecuencia
D6094	Corona sobre pilar; titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6096	Retiro de tornillo de retención de implante roto	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6097	Corona sobre pilar; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6098	Retenedor sobre implante; porcelana fundida principalmente con aleaciones de metal base	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	**Plan dental PPO**		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6099	Retenedor sobre implante para dentadura postiza parcial fija; porcelana fundida con aleaciones de metal noble	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo de un implante	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6105	Extracción del cuerpo de un implante que no requiere extracción de hueso ni elevación de colgajo	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6106	Regeneración tisular guiada; barrera reabsorbible; por implante	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D6107	Regeneración tisular guiada; barrera no reabsorbible; por implante	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 36 meses (para un mismo diente)
D6180	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando no se retira una prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza de la prótesis y de los pilares	Sin cobertura	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D6193	Reemplazo de tornillo de un implante	Sin cobertura	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D6197	Reemplazo del material de restauración usado para cerrar una apertura de acceso de una prótesis sobre implante retenida con tornillo; por implante	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: 1 cada 6 meses (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
Prótesis dentales, fijas					
D6205	Tramo de puente; resina compuesta indirecta	$150	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6210	Tramo de puente; colado de metal muy noble	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6211	Tramo de puente; colado principalmente de metal base	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6212	Tramo de puente; colado de metal noble	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6240	Tramo de puente; porcelana fundida con metal muy noble	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6241	Tramo de puente; porcelana fundida principalmente con metal base	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6242	Tramo de puente; porcelana fundida con metal noble	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6243	Tramo de puente; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6250	Tramo de puente; resina con metal muy noble	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6251	Tramo de puente; resina principalmente con metal base	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6252	Tramo de puente; resina con metal noble	$210	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6602	Incrustación retenedora; colado de metal muy noble; dos superficies	$70	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6603	Incrustación retenedora; colado de metal muy noble; tres o más superficies	$90	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6604	Incrustación retenedora; colado principalmente de metal base; dos superficies	$70	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6605	Incrustación retenedora; colado principalmente de metal base; tres o más superficies	$90	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6606	Incrustación retenedora; colado de metal noble; dos superficies	$70	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6607	Incrustación retenedora; colado de metal noble; tres o más superficies	$90	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6610	Recubrimiento onlay retenedor; colado de metal muy noble; dos superficies	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6611	Recubrimiento onlay retenedor; colado de metal muy noble; tres o más superficies	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6612	Recubrimiento onlay retenedor; colado principalmente de metal base; dos superficies	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6613	Recubrimiento onlay retenedor; colado principalmente de metal base; tres o más superficies	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6614	Recubrimiento onlay retenedor; colado de metal noble; dos superficies	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6615	Recubrimiento onlay retenedor; colado de metal noble; tres o más superficies	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente/superficie)
D6710	Corona retenedora; resina compuesta indirecta	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6720	Corona retenedora; resina con metal muy noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6721	Corona retenedora; resina principalmente con metal base	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6722	Corona retenedora; resina con metal noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6750	Corona retenedora; porcelana fundida con metal muy noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6751	Corona retenedora; porcelana fundida principalmente con metal base	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6752	Corona retenedora; porcelana fundida con metal noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6753	Corona retenedora; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6780	Corona retenedora; colado de ¾ de metal muy noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6781	Corona retenedora; colado de ¾ principalmente de metal base	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6782	Corona retenedora; colado de ¾ de metal noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D6784	Corona retenedora; ¾, titanio y aleaciones de titanio	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6790	Corona retenedora; colado completo de metal muy noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6791	Corona retenedora; colado completo principalmente de metal base	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6792	Corona retenedora; colado completo de metal noble	$275	50 %	50 %	HMO: 1 por año del plan (para un mismo diente) cada 5 años PPO: 1 cada 5 años (para un mismo diente)
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	$12	50 %	50 %	HMO: Sin límite de frecuencia PPO: 1 cada 6 meses

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
Cirugía bucodental y maxilofacial					
D7111	Extracción de restos de coronas; dientes temporales	$10	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: 2 durante la membresía (para un mismo diente)
D7140	Extracción, diente erupcionado o con raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	$15	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: 2 durante la membresía (para un mismo diente)
D7210	Extracción de diente erupcionado que exige extracción de hueso y/o seccionamiento del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico, si así se indica	$30	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: 2 durante la membresía (para un mismo diente)
D7220	Extracción de diente impactado; tejido blando	$40	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: 2 durante la membresía (para un mismo diente)
D7230	Extracción de diente impactado; extracción ósea parcial	$50	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: 2 durante la membresía (para un mismo diente)

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D7240	Extracción de diente impactado; extracción ósea completa	$80	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: 2 durante la membresía (para un mismo diente)
D7250	Extracción de raíces de dientes residuales, procedimiento de corte	$60	50 %	50 %	HMO: 1 durante la membresía (para un mismo diente) PPO: 2 durante la membresía (para un mismo diente)
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso, diente)	$30	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando	$70	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7287	Recolección de muestra exfoliativa citológica	$15	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7288	Recolección de muestra de biopsia transepitelial con cepillo	$30	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones; cuatro o más dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$75	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones; de uno a tres dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$75	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7320	Alveoloplastia sin extracciones; cuatro o más dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$70	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7321	Alveoloplastia sin extracciones; de uno a tres dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$70	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$94	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	$19	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7511	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal, complejo (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$19	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7520	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal	$19	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7521	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal, complejo (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	$19	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
D7963	Frenuloplastia	Sin cobertura	50 %	50 %	PPO: Sin límite de frecuencia
D7970	Escisión de tejido hiperplásico; por arco	$71	50 %	50 %	Sin límite de frecuencia
Servicios generales complementarios					
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental; por visita	$8	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	$24	20 %	30 %	HMO: Sin límite de frecuencia PPO: 1 cada 6 meses
D9215	Anestesia local con procedimientos operatorios o quirúrgicos	$0	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	$0	Sin cobertura		HMO: Sin límite de frecuencia
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual de atención); no se brindan otros servicios	$3	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia

		Lo que debe pagar			
		Plan dental HMO	Plan dental PPO		
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**	**Limitaciones generales**
D9440	Visita al consultorio después del horario habitual de atención	$25	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D9450	Presentación del caso después de una planificación del tratamiento detallada y extensa	$0	20 %	30 %	Sin límite de frecuencia
D9951	Ajuste oclusal, limitado	Sin cobertura	20 %	30 %	PPO: 1 cada 24 meses

Notas generales del plan dental HMO suplementario opcional:

- En el caso de los servicios de endodoncia para los que se incluyen dos copagos en el cuadro anterior, se aplica el copago del miembro más alto únicamente si el procedimiento está a cargo de un especialista.
- Si se usan metales nobles o muy nobles para los empastes, las coronas, los puentes o los dispositivos protésicos, se cobrará un cargo adicional según la cantidad de metal usado.
- A menos que necesite servicios dentales de emergencia que no están cubiertos por Medicare, las cantidades de costo compartido indicadas que debe pagar el miembro solo se aplican cuando recibe servicios dentales de un dentista de la red. (Consulte “Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare”).

Nota general de los planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales:

- Las prótesis dentales fijas o extraíbles, como las dentaduras postizas completas, las dentaduras postizas parciales extraíbles y los puentes dentales, son hechas por dentistas generales contratados. Los especialistas en prótesis dentales no están incluidos en la red contratada.
- Como Blue Shield of California firma un contrato con Medicare todos los años, es posible que estos beneficios dentales no estén disponibles el próximo año.

Cómo obtener atención dental

Antes de obtener servicios dentales

Si compró el plan dental HMO suplementario opcional, usted tiene la responsabilidad de verificar que el dentista elegido sea un dentista de la red. En el caso del plan PPO suplementario opcional, puede elegir entre dentistas de la red y dentistas fuera de la red. Sin embargo, si decide atenderse con un dentista de la red para reducir los costos, usted tendrá la responsabilidad de verificar que el dentista elegido sea un dentista de la red.

NOTA: El estado de un dentista de la red puede cambiar. Usted tiene la obligación de verificar que el dentista que elija sea actualmente un dentista de la red, ya que la lista de dentistas contratados puede haber cambiado. Para obtener una lista de los dentistas de la red disponibles en su área, puede comunicarse gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711]**, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados).

Visitas a su dentista

Plan dental HMO suplementario opcional:

Si compró el plan dental HMO suplementario opcional, llame al dentista de la red que seleccionó como dentista de atención primaria (PCD, por sus siglas en inglés) al momento de la inscripción y programe una cita. Debe contactar a su PCD para todas las necesidades de atención dental, incluidos los servicios preventivos, los problemas dentales de rutina, las consultas con especialistas del plan y los servicios de emergencia (cuando sea posible). El PCD tiene la responsabilidad de brindar servicios de atención dental general y coordinar las referencias a otros especialistas del plan. El plan debe autorizar estas referencias.

Este plan dental, válido únicamente para atención dentro de la red, no paga beneficios a los dentistas fuera de la red. Cuando reciba servicios cubiertos de un dentista fuera de la red, los servicios no tendrán cobertura, salvo que se trate de una emergencia dental. Si recibe servicios cubiertos de un dentista fuera de la red, deberá pagarle directamente al dentista la cantidad total facturada.

Plan dental PPO suplementario opcional:
Si compró el plan dental PPO suplementario opcional, llame a cualquier dentista general o especialista de la red o fuera de la red y programe una cita. Normalmente, el consultorio dental estará abierto durante el horario de atención habitual. Si tiene alguna pregunta acerca de los días y horarios de atención del consultorio, comuníquese con el consultorio dental directamente.

Los beneficios dentales están específicamente diseñados para que usted use dentistas de la red. Los dentistas de la red aceptan recibir el pago del DPA, además del pago que usted haga por cualquier deducible, copago o coseguro que corresponda, como pago total por los servicios cubiertos. No se da la misma situación con los dentistas fuera de la red. Consulte la sección sobre costos compartidos del miembro a continuación para obtener información sobre los costos adicionales que tendrá.
NOTA: Los miembros que no hayan ido a sus citas dentales de rutina (una vez cada 6 meses) podrían necesitar servicios como el raspado y alisado radicular periodontales antes de que puedan recibir la atención de rutina (p. ej., las limpiezas habituales).

Costos compartidos del miembro

Antes de empezar el tratamiento, su dentista diseñará un plan de tratamiento que sea adecuado para sus necesidades individuales. Es recomendable que hable con el dentista sobre su plan de tratamiento y sus responsabilidades financieras antes de empezar con el tratamiento.

Plan dental HMO suplementario opcional:

Debe pagar los copagos al momento de recibir el servicio o al comienzo de la atención. A menos que necesite servicios dentales de emergencia que no están cubiertos por Medicare, los copagos indicados en el ***Cuadro de Resumen de Beneficios*** que debe pagar el miembro solo se aplican cuando recibe servicios dentales de un dentista de la red. (Consulte “Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare”).

Plan dental PPO suplementario opcional:

Debe pagar el deducible al momento de recibir el servicio o al comienzo de la atención. Una vez que alcance su deducible, se le facturará un coseguro (un porcentaje del cargo). Las cantidades de coseguro están indicadas en el ***Cuadro de Resumen de Beneficios***.

Si se atiende con un dentista fuera de la red, deberá pagar cargos adicionales además del coseguro. Se le reembolsará hasta una cantidad máxima predeterminada por los servicios cubiertos; esta cantidad puede ser sustancialmente menor que la cantidad facturada. Usted tiene la responsabilidad de pagar cualquier diferencia entre la cantidad del reembolso y la cantidad facturada por los dentistas fuera de la red, además del coseguro correspondiente. Por lo tanto, le conviene recibir los servicios dentales cubiertos a través de dentistas de la red.

EJEMPLO DEL COSTO COMPARTIDO QUE PAGA UN MIEMBRO EN EL PLAN DENTAL PPO SUPLEMENTARIO OPCIONAL:

Debe visitar al dentista para que le realice un procedimiento dental. Recibió servicios cubiertos durante todo el año y ya alcanzó su deducible de $50.

Tiene la opción de atenderse con un dentista de la red o un dentista fuera de la red, pero pagará más si se atiende con un dentista que no forma parte de la red de su plan.

Los dentistas de la red aceptan cobrar determinadas tarifas por los servicios cubiertos, y no pueden cobrarle más. Estas tarifas se llaman “cantidad permitida”.

Los dentistas fuera de la red no tienen un contrato con el DPA y pueden cobrar la cantidad que deseen. Como su plan solo cubrirá la cantidad permitida, el dentista le cobrará el saldo. Por lo tanto, atenderse fuera de la red puede resultar muy costoso. Hable con su dentista antes de obtener los servicios para saber cuánto le costarán.

Deducible: **$50**

Cantidad pagada a la fecha que cuenta para el deducible: **$50**

Coseguro del dentista de la red: **50 %**

Coseguro del dentista fuera de la red: **50 %**

Cantidad permitida por el administrador de planes dentales para la visita al dentista: **$80**

Cargo facturado por el dentista de la red para la visita al dentista: **$80**

Cargo facturado por el dentista fuera de la red para la visita al dentista: **$580**

	Dentista de la red	**Dentista fuera de la red**
Usted paga	**$40** (50 % de coseguro)	**$540** (50 % de coseguro + $500 por los cargos que superan la cantidad permitida)
El DPA de Blue Shield paga	$40 (cantidad permitida; su coseguro)	$40 (cantidad permitida; su coseguro)
Pago total al dentista	$80 (cantidad permitida)	$580 (cargo facturado)

En este ejemplo, como usted ya alcanzó su deducible, es responsable de pagar lo siguiente:

- dentista de la red: la cantidad de coseguro; o
- dentista fuera de la red: la cantidad de coseguro más todos los cargos que superan la cantidad permitida.

Si se atiende con un dentista fuera de la red, deberá pagar cargos adicionales además del coseguro. Se le reembolsará hasta una cantidad máxima predeterminada por los servicios cubiertos; esta cantidad puede ser sustancialmente menor que la cantidad facturada. Usted tiene la responsabilidad de pagar cualquier diferencia entre la cantidad del reembolso y la cantidad facturada por los dentistas fuera de la red, además del coseguro correspondiente. Por lo tanto, le conviene recibir los servicios dentales cubiertos a través de dentistas de la red.

Si necesita ayuda adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento o si tiene alguna pregunta sobre las cantidades de costo compartido que debe pagar por los procedimientos dentales cubiertos, puede comunicarse gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados).

Tratamiento dental opcional

Un tratamiento dental opcional es cualquier procedimiento que sea:

- una mejora de un servicio cubierto estándar hecha en un laboratorio dental (es posible que se le cobre al miembro un recargo por los costos adicionales de laboratorio), o
- un servicio cubierto más amplio que se ofrece como alternativa a otro servicio dental cubierto que es adecuado, pero más conservador.

A menudo, hay varias opciones de tratamiento aceptables desde el punto de vista clínico y reconocidas por profesionales, que podrían considerarse para los miembros. Para asegurarse de que los miembros reciban beneficios dentales aceptables en todo momento, el DPA publica sus Políticas Administrativas Vigentes (GAP, por sus siglas en inglés), además de otras pautas y criterios clínicos, y estas publicaciones se distribuyen entre los proveedores de la red. Este documento se revisa con frecuencia para incorporar pautas sobre las situaciones en las que ciertos tratamientos deben considerarse cubiertos u opcionales. Su dentista puede consultar estas pautas para determinar qué plan de tratamiento estará cubierto por este plan.

Si usted elige una forma de tratamiento más amplia que le haya recomendado su dentista o que sea una alternativa a un servicio cubierto adecuado pero más conservador, deberá pagar la diferencia entre la tarifa habitual del consultorio dental seleccionado para el tratamiento más amplio y la tarifa habitual por el beneficio cubierto, más su cantidad de costo compartido por el beneficio cubierto, según se indica en el ***Cuadro de Resumen de Beneficios***.

NOTA: Si elige un tratamiento dental opcional, se le pedirá que firme un acuerdo en el que se especifiquen los servicios que recibirá según su plan de tratamiento. Después de haber firmado el acuerdo de aceptación y pago del tratamiento opcional y una vez que el dentista haya empezado el tratamiento, usted será responsable de pagar esos servicios.

Si desea obtener más información, puede consultarle a su dentista o comunicarse con el departamento de servicio al cliente del DPA.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare

La atención dental de emergencia no cubierta por Medicare incluye la atención brindada por un dentista (dentro o fuera del área de servicio del plan Blue Shield 65 Plus Choice Plan) para tratar un problema dental que se manifiesta como un síntoma de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, de modo que el miembro puede esperar razonablemente que la falta de atención inmediata: (i) ponga en grave peligro su salud dental; (ii) cause el deterioro grave de las funciones dentales; o (iii) le cause un sufrimiento indebido.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare dentro del área de servicio

Si considera que necesita atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare y está en el área de servicio de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, llame de inmediato a su dentista. El personal del consultorio dental le aconsejará qué hacer.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Si está fuera del área de servicio de Blue Shield 65 Plus Choice Plan y necesita atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare, puede recibir tratamiento de cualquier dentista con licencia.

Cómo obtener un reembolso en el plan dental HMO suplementario opcional:

Se cubrirá hasta $100 por los servicios que reciba de un dentista fuera del área de servicio, menos los copagos del miembro que correspondan, siempre y cuando cambiar a un proveedor de la red suponga un riesgo para su salud.

Para obtener un reembolso, envíe por escrito su pedido de reembolso, el recibo de pago y una descripción de los servicios recibidos a la siguiente dirección:

Blue Shield of California
P.O. Box 30567
Salt Lake City, UT 84130-0567

Hay límites de tiempo para la presentación de reclamaciones. Las reclamaciones deben presentarse ante Blue Shield of California en el transcurso de un año a partir de la fecha en la que se recibió el servicio, a menos que haya un motivo para presentarlas más tarde.

Cómo obtener un reembolso en el plan dental PPO suplementario opcional:

Le haremos un reembolso según el porcentaje de pago indicado en la columna "Dentistas fuera de la red" del ***Cuadro de Resumen de Beneficios***. Usted será responsable de pagar el resto de los cargos facturados de su dentista. Siempre que sea posible, debe pedirle al dentista que envíe la factura directamente a Blue Shield a la dirección indicada más arriba. Nuestro DPA revisará el servicio dental de emergencia no cubierto por Medicare que usted recibió y procesará su reclamación dentro de los 30 días calendario después de recibirla, si es que no falta ningún dato necesario. Si en su reclamación falta algún dato necesario, se les notificará a usted o a su proveedor y se les pedirá que envíen la información faltante. El DPA no puede procesar su reclamación hasta que recibamos la información faltante. Una vez recibida la información que falta, el DPA tendrá 30 días calendario para procesar su reclamación. A excepción de los servicios dentales de emergencia que no están cubiertos por Medicare, usted será responsable de pagar la totalidad de los servicios dentales que reciba fuera de California.

Rechazo de una reclamación de reembolso por atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Si se rechaza en forma total o parcial una reclamación de reembolso por atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare y ha sido obtenida fuera del área de servicio, el DPA le notificará la decisión por escrito dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha en que se recibió la reclamación. La notificación incluirá el motivo específico del rechazo y le informará que puede pedir una reconsideración del rechazo.

Para pedir una reconsideración del rechazo total o parcial, envíe un aviso por escrito a Blue Shield 65 Plus Choice Plan dentro de los 65 días calendario siguientes a la fecha que aparece en el aviso de rechazo por escrito.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Cómo obtener una segunda opinión sobre la atención dental

Respecto de su atención dental, puede pedir una segunda opinión de otro dentista que tenga contrato con el DPA si:

- no está conforme con el tratamiento que recibió de su dentista elegido;
- no está seguro sobre un plan de tratamiento propuesto;
- no está de acuerdo con las recomendaciones de su dentista elegido o del director del DPA; o
- no está conforme con la calidad del trabajo dental que se le está haciendo.

Una comparación de precios de un plan de tratamiento o procedimiento propuestos no es suficiente para obtener una segunda opinión.

Para pedir una segunda opinión, llame al departamento de servicio al cliente del DPA al **(888) 679-8928 (TTY: 711)**.

El director del DPA revisará su pedido de una segunda opinión y, si el pedido es adecuado, le enviará una autorización para que visite a otro dentista de la red en su área. Tendrá 30 días calendario para comunicarse con el segundo dentista e ir a su consultorio para obtener una segunda opinión. Deberá pagar cualquier costo compartido del plan que corresponda para que el segundo dentista brinde una segunda opinión (esto incluye el costo de la visita al consultorio, el costo de las radiografías que se tomen y de los dispositivos de prueba que se usen, y el costo correspondiente a los informes por escrito para el director del DPA). El segundo dentista solo le dará una segunda opinión, no le brindará tratamiento en esa visita.

Si necesita ayuda adicional, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan al número de teléfono que está en su tarjeta de identificación de miembro.

Cómo cambiar de dentista

Si es miembro del plan dental HMO suplementario opcional o del plan dental PPO suplementario opcional, puede seleccionar otro dentista del directorio si no está conforme con el dentista de la red que eligió o que lo atiende actualmente. Si necesita ayuda para elegir otro dentista de la red, comuníquese gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 [TTY: 711].**

NOTA: Si le debe dinero a su dentista actual en el momento en que desea cambiarse a otro dentista, primero deberá cancelar la cuenta con su dentista actual. Si se cambia a un nuevo dentista, es posible que deba pagar una tarifa nominal por la duplicación y transferencia de las radiografías y otros registros a su nuevo dentista.

NOTA: En general, los miembros no pueden cambiarse a un nuevo dentista si están en la mitad de un procedimiento que implica varias visitas al dentista y para el que se ha hecho una impresión final para la fabricación de un aparato dental, a menos que demuestren que se trata de una causa excepcional. Esto incluye el cambio de dentista para coronas, incrustaciones y recubrimientos onlay (procedimientos avanzados de restauración), dentaduras postizas completas y parciales extraíbles (prótesis dentales extraíbles) y componentes de puentes (prótesis dentales fijas).

En los casos en que Blue Shield 65 Plus Choice Plan permita el cambio en la mitad de un procedimiento, es posible que usted tenga que pagar los cargos de laboratorio en los que incurra el dentista para fabricar el aparato dental. Si está inscrito en el plan dental HMO suplementario opcional y va a un dentista de la red, los cargos no pueden superar los copagos indicados para los procedimientos cubiertos. Si está inscrito en el plan dental PPO suplementario opcional y va a un dentista de la red, los cargos no pueden superar el

porcentaje de la cantidad permitida para el procedimiento cubierto que le corresponde a usted, según se indica en la columna “Dentistas de la red” del Cuadro de Resumen de Beneficios. Si está inscrito en el plan dental PPO suplementario opcional y va a un dentista fuera de la red, usted será responsable de pagar su porción del costo de la cantidad permitida, más la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo facturado. Además, es posible que tenga que pagar los cargos de laboratorio por cualquier elemento opcional que su dentista haya pedido para usted.

Como el DPA no puede obligar a un dentista contratado a atender a ningún miembro ni puede exigírselo por ninguna razón, el DPA avisará a Blue Shield 65 Plus Choice Plan cuando se produzca una ruptura en la relación dentista-paciente o cuando no sea posible establecer un vínculo productivo.

Blue Shield 65 Plus Choice Plan trabajará junto con usted y con el DPA para resolver el problema o para seleccionar otro dentista. Si es necesario que usted elija otro dentista debido a que hubo una ruptura en la relación dentista-paciente o a que no fue posible establecer un vínculo productivo, no se aplicarán las tarifas por duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Sin embargo, los cambios de dentista de rutina iniciados por los miembros estarán sujetos a la aplicación de tarifas por duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Para obtener más información, comuníquese gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 (TTY: 711)**.

Su dentista ya no tiene contrato con el DPA de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Si el dentista de la red que ha elegido no puede mantener su contrato con el DPA porque no puede cumplirlo o porque lo infringió, o si el DPA ha cancelado el contrato, el DPA le notificará a usted la situación como mínimo 30 días calendario antes de la fecha efectiva de cancelación del contrato del dentista para que pueda seleccionar otro dentista. Si está inscrito en el plan dental PPO suplementario opcional, puede elegir otro dentista de la red o puede seguir atendiéndose con su dentista actual fuera de la red, pero la cantidad de costo compartido será más alta.

Si el DPA le avisa que es necesario que elija otro dentista de la red por este motivo, no se aplicarán las tarifas por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros al nuevo dentista.

Usted tiene otro plan dental

Si compra el plan dental HMO o PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, le recomendamos que se comunique con el departamento de servicio al cliente del otro plan dental para cancelar la cobertura del otro plan y así evitar una facturación doble. Si

desea mantener dos planes prepagos de la red, puede usar el plan dental HMO o PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan o su otro plan prepago de la red, pero no los dos, para un procedimiento específico. Su dentista le cobrará las cantidades de costo compartido asociadas a la tarjeta de identificación del plan que usted presente al momento de recibir los servicios.

Resolución de desacuerdos

Si tiene alguna inquietud sobre algún aspecto de los beneficios de su plan dental, comuníquese gratis con el departamento de servicio al cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928 (TTY: 711)**. También puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (los números de teléfono están en la contraportada de este documento).

Si cree que sus inquietudes no han sido completamente resueltas, tiene derecho a presentar una apelación o un reclamo ante Blue Shield 65 Plus Choice Plan. Consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o un reclamo.

Exclusiones generales de los planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales

1. Se excluyen de la cobertura los medicamentos que no estén asociados con un tratamiento de atención dental, como la irrigación medicinal, los antibióticos administrados localmente y los medicamentos recetados.

2. Se excluyen de la cobertura aquellos servicios respecto de los cuales la opinión profesional del dentista responsable o del director de servicios dentales de Blue Shield es que no podrá obtenerse un resultado satisfactorio o que el pronóstico es desfavorable o reservado (es decir, sin una expectativa de servicio mínima de 3 años).

3. La extracción de dientes asintomáticos y sin signos patológicos, la extracción para ortodoncia, los procedimientos de cirugía ortognática y la exposición de corona no están incluidos en la cobertura. La extracción del tercer molar (“muela del juicio”) está limitada únicamente a aquellas instancias en las que no se puede brindar tratamiento al diente de una manera mínimamente invasiva.

4. La cobertura no incluye los problemas dentales que se originen a causa del empleo del miembro, o por los que corresponda el pago de una compensación por accidentes de trabajo, o que sean responsabilidad de un tercero. La cobertura tampoco incluye los servicios que el miembro reciba por medio del Gobierno estatal o de una agencia del estado, o que obtenga sin costo alguno a través de alguna municipalidad, condado o subdivisión, salvo según lo estipulado en la Sección 1373(a) del California Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad de California).

5. La cobertura no incluye los servicios dentales (ni las tarifas asociadas) llevados a cabo en un centro de tratamiento que no sea el consultorio del proveedor contratado (es decir, un hospital, un centro ambulatorio, una clínica para pacientes ambulatorios, un centro quirúrgico, etc.).

6. No se cubre el tratamiento ni la extracción de cánceres, quistes, tumores o neoplasia.

7. No se cubren los tratamientos ni los servicios dentales para restaurar la pérdida de la estructura del diente por desgaste anormal o excesivo, fricción, abrasión, abfracción, bruxismo o erosión, salvo cuando se deban a la función masticatoria normal; el cambio o la restauración de la dimensión vertical o de la oclusión, y la reconstrucción total de la boca, el diagnóstico o el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).

8. No se cubre el tratamiento de fracturas y dislocaciones de la mandíbula.

9. No se cubren los procedimientos, aparatos o restauraciones dentales para corregir dientes faltantes por razones congénitas o del desarrollo, u otras enfermedades congénitas o del desarrollo, malformaciones del desarrollo (entre otras, paladar hendido, hipoplasia del esmalte, fluorosis, malformaciones de la mandíbula y anodoncia) y dientes supernumerarios.

10. No están cubiertos los gastos dentales generados por cualquier procedimiento dental iniciado después de que el miembro deje de ser elegible para la cobertura, ni los gastos dentales generados por un tratamiento en curso antes de que el miembro sea elegible para la cobertura del plan dental HMO o PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (por ejemplo, dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto radiculares en curso, prótesis fijas y extraíbles). A los fines de esta exclusión, la fecha en la que se considerará que empezó un determinado procedimiento se define de la siguiente manera:

    a. Para dentaduras postizas completas o parciales: la fecha en que se toma la impresión final.
    b. Para puentes fijos, coronas, incrustaciones y recubrimientos onlay: la fecha en que los dientes se preparan por primera vez.
    c. Para tratamientos de conducto radicular: la fecha en que se abrió la cámara pulpar o la fecha en que se exploraron los conductos hasta el ápice del diente, la que sea posterior.
    d. Para cirugías periodontales: la fecha en que se hace la cirugía.
    e. Para todos los demás servicios: la fecha en que se brinda el servicio.

11. Las coronas, los puentes o las dentaduras postizas iniciadas en un consultorio (mientras el miembro cuenta con la cobertura del plan dental HMO o PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus Choice Plan) se considerarán “en curso” hasta su entrega. No se brindarán beneficios adicionales para los tratamientos en curso.

12. La atención brindada por un especialista en prótesis dentales no tiene cobertura.

Exclusiones generales del plan dental HMO suplementario opcional únicamente

1. La cobertura no incluye la anestesia general ni los servicios de un anestesista especial, como tampoco la sedación intravenosa o por inhalación ni los medicamentos recetados para procedimientos dentales.
2. La cobertura no incluye el reemplazo por pérdida o robo de prótesis dentales extraíbles y fijas (coronas, puentes, dentaduras postizas completas o parciales), independientemente del pagador.
3. El cuadro “Descripción de ADA para los servicios cubiertos” que está más arriba es la declaración de cobertura definitiva y reemplaza cualquier otro material. Cualquier servicio dental que no esté específicamente detallado como un beneficio cubierto está excluido de la cobertura, independientemente de cualquier otro material escrito explícito o implícito.
4. Los procedimientos de alargamiento de la corona no están cubiertos.
5. No se cubre el reemplazo de dientes que ya han faltado por mucho tiempo cuando la dentición restante se encuentra estable. (Por ejemplo: casos en que los dientes faltan desde hace dos años o más y no se han reemplazado, y los dientes adyacentes y antagonistas tienen oclusión).
6. La cobertura no incluye los tratamientos para las personas que, por motivos médicos u otras circunstancias, no puedan recibir atención dental en el consultorio de un proveedor dental de la red o que tengan limitaciones mentales o de conducta que afecten la capacidad del proveedor para brindar una atención dental adecuada en el consultorio.
7. Los beneficios no incluyen ferulización, hemisección, implantes, sobredentaduras, injertos (a menos que se especifique lo contrario), regeneración tisular guiada, restauraciones totalmente de cerámica, acoplamientos de precisión, duplicación de dentaduras postizas ni aparatos para el tratamiento del bruxismo.
8. Los informes de patología no están cubiertos.
9. No se cubre el tratamiento dental para coronas, puentes o dentaduras postizas que tengan como finalidad restaurar la estructura dental perdida como consecuencia de una lesión accidental. Una lesión dental accidental se define como un daño producido a los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, provocado por fuerzas externas a la boca. No se cubre el tratamiento para los servicios relacionados con accidentes pagaderos por otra aseguradora responsable que no sea el plan dental.
10. La cobertura no incluye los servicios dentales recibidos de un dentista que no pertenezca a la red, a menos que Blue Shield 65 Plus Choice Plan lo autorice expresamente por escrito antes de empezar el tratamiento.

Exclusiones generales del plan dental PPO suplementario opcional únicamente

A menos que se hagan excepciones específicas a las siguientes exclusiones generales en otra parte de este plan, este plan no brinda beneficios en relación con lo siguiente:

1. Cargos por vestibuloplastia (es decir, modificación quirúrgica de la mandíbula, las encías y los tejidos adyacentes) y por cualquier procedimiento, servicio o suministro (incluidas las visitas al consultorio, los exámenes y los diagnósticos) brindados de manera directa o indirecta para tratar un trastorno muscular, neural o esquelético, o para diagnosticar y tratar problemas de la articulación mandibular con cualquier método. Estos problemas de la articulación mandibular incluyen problemas de salud tales como el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y trastornos craneomandibulares u otros problemas de salud de la articulación que une el hueso mandibular y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
2. Cargos por servicios brindados por un pariente cercano o una persona que normalmente vive en el hogar del miembro.
3. Servicios, procedimientos o suministros que no sean razonablemente necesarios para la atención del problema dental del miembro según las normas de atención profesional de amplia aceptación, que estén en fase experimental o de investigación, o que no tengan un respaldo profesional uniforme.
4. Terapia miofuncional, procedimientos de biorretroalimentación, protectores bucales deportivos, acoplamientos de precisión o semiprecisión, duplicación de dentaduras postizas, tratamiento de fracturas de mandíbula.
5. Materiales aloplásticos para injertos óseos.
6. Injertos óseos para la preservación de los alvéolos dentarios después de la extracción de dientes o en preparación para implantes.
7. Los cargos por servicios temporales se consideran una parte integral del servicio dental final y no deberán pagarse por separado.
8. Injertos extrabucales (es decir, injertos de tejidos de otra parte del cuerpo en tejidos bucales).
9. Servicios que el miembro no tiene la obligación legal de pagar o servicios por los que no se aplican cargos.
10. Tratamiento pagado por cualquier agencia gubernamental, incluido cualquier gobierno extranjero.
11. Cargos por dispositivos protésicos (fijos o extraíbles) que estén relacionados con un tratamiento de periodoncia.
12. Cargos por recubrimientos onlay o coronas que se coloquen como pilares múltiples.

13. Cargos por cualquier restauración de incrustaciones.
14. Cargos por citas dentales a las que el paciente no vaya.
15. Cargos por servicios relacionados con cualquier lesión autoinfligida intencionalmente.
16. Extracción del tercer molar (muelas del juicio) por una razón que no sea una necesidad dental. La necesidad dental se define como una enfermedad patológica que incluye dientes impactados en posición horizontal, media o distal, o secuelas quísticas. La extracción de muelas del juicio solo por pericornitis no es una necesidad dental.
17. Ferulización periodontal de dientes con cualquier método, incluidos, entre otros, coronas, empastes, aparatos o cualquier otro método que se utilice para inmovilizar o unir dientes.
18. Servicios brindados por una persona u organismo que no tenga licencia o certificación del estado para ofrecer servicios de atención de la salud o que ejerza fuera del alcance de esa licencia o certificación, salvo en los casos indicados específicamente en este documento.
19. No se cubren los procedimientos que son principalmente estéticos, como el blanqueamiento, el uso de porcelana en dientes molares, y la personalización y caracterización de dentaduras postizas.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le brinda información acerca de los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En el siguiente cuadro, se indican los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna situación o que están cubiertos solo en situaciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (es decir, que no están cubiertos), usted deberá pagarlos, excepto en las situaciones específicas indicadas a continuación. Incluso en el caso de que usted obtenga los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. Hay una única excepción: cuando, tras una apelación, se determina que el servicio 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, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Artículos de uso personal en el cuarto de un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No se cubren en ninguna situación.
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	No se cubre en ninguna situación.
Atención de los pies de rutina	Se brinda cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). Se brinda cobertura adicional según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido antes en este capítulo.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o prótesis dentales	Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos, el *Cuadro de Procedimientos para Beneficios Dentales* y el *Cuadro de Resumen de Beneficios* de los planes dentales suplementarios opcionales, incluidos antes en este capítulo.
Atención dental que no es de rutina	La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o para pacientes ambulatorios.
Atención quiropráctica de rutina	Está cubierta la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. Se brinda cobertura adicional según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido antes en este capítulo.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para los pies	Calzado que forma parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del dispositivo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o por integrantes de su hogar	No se cubren en ninguna situación.
Cirugías o procedimientos estéticos	Se cubren en caso de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con una malformación. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de un seno que haya sido sometido a una mastectomía, así como la reconstrucción del seno intacto para lograr una apariencia simétrica.
Cuarto privado en un hospital	Se cubre solo cuando es médicamente necesario.
Cuidado custodial El cuidado custodial se refiere al cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico entrenado; por ejemplo, la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No se cubre en ninguna situación.
Envío de comidas al hogar	Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido antes en este capítulo.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros medios para corregir una visión defectuosa	Se cubre un par de anteojos (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas que incluya el implante de un lente intraocular. Se brinda cobertura adicional según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido antes en este capítulo.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no tienen una aceptación general de la comunidad médica.	Es posible que estén cubiertos por nuestro plan o por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Vea la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Pruebas de audición de rutina, audífonos o pruebas de adaptación de los audífonos	Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido antes en este capítulo.
Servicios de naturoterapia (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No se cubren en ninguna situación.
Servicios domésticos que incluyen la ayuda con las tareas domésticas básicas, como la limpieza leve y la preparación de comidas sencillas	No se cubren en ninguna situación.
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No se cubren en ninguna situación.
Tratamientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos no recetados	No se cubren en ninguna situación.

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

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y de medicamentos para los cuidados para pacientes terminales.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las siguientes normas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que extienda recetas) que le haga una receta válida según las leyes estatales aplicables.
- El profesional que extiende recetas no debe aparecer en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, para hacer surtir su receta, debe usar una farmacia de la red (consulte la Sección 2) o puede usar el servicio de envíos al hogar de nuestro plan.
- El medicamento debe estar incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser usado según una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que el medicamento exija la aprobación de nuestro plan de acuerdo con ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de envíos al hogar de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *únicamente* si la receta se surte en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener

información sobre las situaciones en las que cubrimos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para brindarle los medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**) o llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido de una farmacia que ofrece costo compartido estándar. En el *Directorio de Farmacias*, encontrará las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información acerca de cómo podrían variar sus costos de bolsillo para los distintos medicamentos.

Qué hacer si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Si la farmacia que usa sigue en nuestra red, pero deja de ofrecer el costo compartido preferido, es posible que usted quiera cambiar de red o de farmacia preferida, si hay otras disponibles. Para encontrar otra farmacia en su área, pídale ayuda a Servicio al Cliente llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o use el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web **blueshieldca.com/medpharmacy2026**.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para las personas que viven en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, los centros de LTC (p. ej., un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene algún problema para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

- Farmacias del Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Tribus/Indios Urbanos (no están disponibles en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que venden medicamentos restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) a determinados lugares, o que exigen una administración especial, coordinación de proveedores o educación acerca de su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**) o llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de envíos al hogar de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de envíos al hogar de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se entregan mediante el servicio de envíos al hogar son medicamentos que usted recibe de manera habitual por un problema médico crónico o prolongado. Los medicamentos que no están disponibles mediante el servicio de envíos al hogar de nuestro plan están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de envíos al hogar de nuestro plan le permite pedir **un suministro para hasta 100 días de medicamentos del Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, del Nivel 2: medicamentos genéricos, del Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, del Nivel 3: insulinas cubiertas, del Nivel 4: medicamentos no preferidos y del Nivel 4: insulinas cubiertas, y un suministro para hasta 30 días de medicamentos del Nivel 5: medicamentos de nivel especializado.**

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas usando el servicio de envíos al hogar, llame a Servicio al Cliente al número que está en la contraportada de este documento. Si usa un servicio de envíos al hogar que no forma parte de la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Por lo general, si hace un pedido con envío al hogar, lo recibirá en 5 días hábiles como máximo. Recibirá un aviso si hay alguna demora en el envío de los medicamentos recetados a su hogar. Si tiene alguna pregunta sobre este tema, comuníquese con Amazon Pharmacy llamando al **(856) 208-4665**, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema **TTY** pueden llamar al **711**. Si fuera necesario, un representante de Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan le ayudará a obtener un suministro de medicamentos suficiente en una farmacia al por menor local de la red para que no se quede sin su medicamento hasta que llegue su pedido del servicio de envíos al hogar. Para eso, es posible que deba comunicarse con su médico y pedirle que llame por teléfono a la farmacia al por menor de la red o que envíe una receta nueva por fax, donde se indique la cantidad de medicamento que usted necesitará hasta que reciba su medicamento del servicio de envíos al hogar.

Si la demora supera los 5 días hábiles desde la fecha en la que pidió el medicamento recetado al proveedor del servicio de envíos al hogar y si esa demora se debe a que el medicamento se perdió en el sistema de envíos, el Servicio al Cliente de Amazon Pharmacy puede coordinar un pedido de reemplazo.

Recetas nuevas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia reciba una receta por parte de un proveedor de atención de la salud, se comunicará con usted para saber si desea hacer surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para indicarle al personal que envíe, retrase o interrumpa la nueva receta.

Repeticiones de recetas con el servicio de envíos al hogar. Para repetir las recetas de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de repeticiones automáticas. Dentro de este programa, procesamos automáticamente su próxima repetición de recetas cuando nuestros registros indican que está a punto de quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición de recetas para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar las repeticiones de recetas programadas si tiene el medicamento suficiente o si cambió de medicamento.

Si opta por no usar nuestro programa de repeticiones automáticas, pero quiere que la farmacia con servicio de envíos al hogar le envíe sus medicamentos recetados, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se le termine su medicamento recetado actual. De esta manera, se asegurará de que le envíen su pedido a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa de repeticiones automáticas con el servicio de envíos al hogar, comuníquese con nosotros llamando a Amazon Pharmacy al **(856) 208-4665**, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema **TTY** pueden llamar al **711**.

Si recibe automáticamente la repetición de una receta mediante el servicio de envíos al hogar, y usted no quería el medicamento, es posible que sea elegible para recibir un reembolso.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que estén incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de

mantenimiento son medicamentos que se toman regularmente para tratar un problema médico crónico o prolongado).

1. Algunas farmacias al por menor (que ofrecen costo compartido preferido) de nuestra red le dejan obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo por la cantidad de costo compartido del servicio de envíos al hogar. Es posible que otras farmacias al por menor no acepten las cantidades de costo compartido del servicio de envíos al hogar. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. En el *Directorio de Farmacias* (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**) podrá ver qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envíos al hogar. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

En términos generales, cubrimos los medicamentos que se surtan en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede hacer surtir las recetas como miembro de nuestro plan. **Primero, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711)** para confirmar si hay una farmacia de la red que le quede cerca.

Cubrimos recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red únicamente en estas circunstancias:

- Si le es imposible conseguir un medicamento cubierto oportunamente dentro de nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que brinde servicios durante las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- Si necesita hacer surtir una receta por un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia al por menor elegible de la red o una farmacia elegible con servicio de envíos al hogar (por ejemplo, medicamentos de poco interés comercial, medicamentos exclusivos y de costo elevado u otros productos farmacéuticos especializados).
- Es posible que cubramos, mediante nuestro acceso fuera de la red, algunas vacunas que pueden administrarse en el consultorio de su médico, pero que no están cubiertas por la Parte B de Medicare y que no pueden obtenerse razonablemente en una farmacia de la red.
- Las recetas que se surten en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro para 30 días de medicamentos cubiertos.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al hacer surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra porción del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedirle una devolución a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de Medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de Medicamentos.**

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y tiene su aprobación. La Lista de Medicamentos muestra únicamente los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que cumple con *alguna* de las siguientes condiciones:

- Ha sido aprobado por la FDA para el diagnóstico o el problema de salud para los cuales se lo receta; o
- Está respaldado por ciertas fuentes, como la Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary Service (Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que también pueden incluir los biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial registrado que le pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. En la Lista de Medicamentos, cuando hablamos de “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos que pueden reemplazar a muchos medicamentos de marca y hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden reemplazar el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos reemplazan los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos
  (el nivel más bajo de costo compartido)
  Incluye medicamentos genéricos preferidos.

- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
  Incluye medicamentos genéricos y biosimilares.

- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
  Incluye medicamentos de marca preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos.

- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
  Incluye medicamentos de marca no preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado
  (el nivel más alto de costo compartido)
  Incluye medicamentos de marca, biosimilares y genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 6, se indica la cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de Medicamentos más actualizada que le brindamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (**blueshieldca.com/medformulary2026**). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la versión más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber si un determinado medicamento está incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) (**blueshieldca.com/pricecheck**) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener un cálculo aproximado de lo que usted pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían servir para tratar el mismo problema médico. También puede llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué hay restricciones para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las maneras más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y más económico tiene la misma eficacia, desde el punto de vista médico, que un medicamento de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a optar por la alternativa de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, el medicamento puede tener una concentración de 10 mg o 100 mg, puede indicarse para una dosis diaria o dos dosis diarias, o puede presentarse en comprimidos o en forma líquida).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Por lo general, si hay una restricción para su medicamento, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento**. Si usted desea que le quitemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Nosotros podemos estar de acuerdo o no con quitar la restricción para su caso. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir los medicamentos. Esto se llama **autorización previa** y se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y brindar orientación sobre el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Para conocer los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medformulary2026**).

Requisito de probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que generalmente tienen la misma eficacia antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar el mismo problema médico, es posible que nuestro plan le pida que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **tratamiento escalonado.** Para conocer los criterios del tratamiento escalonado de nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medformulary2026**).

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener de un medicamento cada vez que hace surtir su receta. Por ejemplo, si por lo general se considera que es seguro tomar solamente una píldora por día de cierto medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

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

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos y tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento directamente no esté cubierto o que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido en el que el costo compartido que le corresponde a usted es superior a lo que considera que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido en el que el costo que usted debe pagar es superior a lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, estas son sus opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede pedir una **excepción** para que nuestro plan cubra el medicamento o quite las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal.

En ciertas circunstancias, nuestro plan le debe ofrecer un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que usted toma **ya no debe estar incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan *o* debe tener alguna restricción nueva**.

- **Si usted es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan**.**
- **Si formaba parte de nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos hacer surtir su receta varias veces hasta alcanzar 30 días de medicación como máximo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que hayan estado en nuestro plan durante más de 90 días, vivan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma al suministro temporal descrito antes.

Si tiene alguna pregunta sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

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

Opción 1. Puede cambiar de medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay algún otro medicamento que esté cubierto por nuestro plan y que le dé el mismo resultado. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría darle resultado.

Opción 2. Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarle a pedirnos una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite establecidos por Medicare para asegurar que su pedido se gestione de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya otro medicamento que esté en un nivel de costo compartido más bajo y que le dé el mismo resultado. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría darle resultado.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarle a pedirnos una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite establecidos por Medicare para asegurar que su pedido se gestione de manera rápida y justa.

Los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido de los medicamentos en estos niveles.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede hacer cambios en la Lista de Medicamentos durante el año. Por ejemplo, nuestro plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido**

- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet con frecuencia. A veces, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que usted toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que pueden afectarlo durante este año del plan

- **Se agregan nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos e <u>inmediatamente</u> se quita o cambia un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o las dos cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Haremos estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba incluido en la Lista de Medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios de inmediato y comunicárselos más adelante, incluso si usted toma el medicamento que quitamos o cambiamos. Si, al momento del cambio, usted está tomando el medicamento similar, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Se agregan medicamentos a la Lista de Medicamentos y se quita o cambia un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o las dos cosas. La nueva versión del medicamento estará

en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas restricciones o menos.

- Haremos estos cambios únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba incluido en la Lista de Medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional para 30 días de la versión del medicamento que usted toma.

- **Se quitan medicamentos que no son seguros y otros medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, se determina que un medicamento no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto pasa, es posible que quitemos el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si usted toma ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Se hacen otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
  - Una vez que empieza el año, podemos hacer otros cambios que afectan los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podemos basarnos en los recuadros de advertencia de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional para 30 días del medicamento que usted toma.

Si hacemos cambios en alguno de los medicamentos que usted toma, hable con el profesional que extiende recetas sobre las opciones más convenientes para usted, incluso sobre la posibilidad de optar por otro medicamento para tratar su problema de salud o de pedir una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones que se apliquen al medicamento que usted toma. Usted o el profesional que extiende recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que usted toma. Para obtener más información sobre cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante el año actual del plan

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si ya está tomando el medicamento cuando se hace el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si continúa en el mismo plan.

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

- Si movemos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si aplicamos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se aplica alguno de estos cambios a un medicamento que usted toma (salvo los casos en que el medicamento se retira del mercado, se reemplaza un medicamento de marca por un medicamento genérico o se hace otro cambio descrito en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso del medicamento ni la porción del costo que usted paga hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le enviaremos ningún aviso directo sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el Período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que usted toma que podría afectarlo durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted será responsable de pagarlos (excepto ciertos medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos ampliada). Si presenta una apelación y se determina que el medicamento pedido no está excluido por la Parte D, será nuestra responsabilidad pagarlo o cubrirlo. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que está cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el *uso no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas fuentes, como la Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary Service (Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *"Uso no indicado en la etiqueta"* se refiere a cualquier uso del medicamento que sea distinto de los usos que aparecen en la etiqueta aprobada por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:
(Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación mediante nuestra cobertura de medicamentos ampliada, por la que quizá se le cobre una prima adicional; abajo se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para aliviar los síntomas de la tos y el resfrío
- Medicamentos usados con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, salvo los preparados vitamínicos y con flúor prenatales
- Medicamentos usados para tratar la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige, como condición de venta, que las pruebas o los servicios de control asociados se le compren únicamente al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos ampliada) que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por la cobertura de medicamentos ampliada, consulte la Lista de Medicamentos más actualizada que le brindamos electrónicamente. Los medicamentos de la cobertura ampliada están indicados en la lista con el símbolo **EDC**. Estos medicamentos tienen un límite de cantidad de 6 comprimidos cada 30 días. La cantidad que usted paga por estos medicamentos no cuenta para calificar a la Etapa de Cobertura para Catástrofes. (La Etapa de Cobertura para Catástrofes se describe en la Sección 6 del Capítulo 6).

Si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, la ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para saber qué cobertura de medicamentos puede tener disponible. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo hacer surtir una receta

Para hacer surtir su receta, bríndele su información de miembro de nuestro plan (que está en su tarjeta de membresía) a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *nuestra* porción del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* porción del costo cuando retire su medicamento recetado.

Si no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra porción del costo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedirle un reembolso a nuestro plan.

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

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC)

En general, los centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), como los hogares de ancianos, tienen sus propias farmacias o usan una farmacia que les suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, o la farmacia que el centro use, siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**) para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que este centro usa forman parte de nuestra red. Si no forma parte de la red o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted vive en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para saber cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si usted también tiene cobertura de medicamentos del plan grupal de un empleador o de un grupo para jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

Por lo general, si usted tiene cobertura grupal como empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Todos los años, su empleador o grupo para jubilados deben enviarle un aviso donde se indique si su cobertura de medicamentos para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que se espera que la cobertura de medicamentos de nuestro plan pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que los necesite más adelante para demostrar que tuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, pídale una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo para jubilados, al empleador o a la unión.

Sección 9.4 Si usted está en un centro de cuidados para pacientes terminales certificado por Medicare

El centro de cuidados para pacientes terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de cuidados para pacientes terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por ese programa porque no están relacionados con su enfermedad terminal o los problemas de salud asociados, nuestro plan debe recibir un aviso por parte del profesional que extiende recetas o de su proveedor de cuidados para pacientes terminales, en el que indique que los medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal para que nuestro plan pueda cubrir esos medicamentos. Para evitar demoras en el acceso a estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, pídale a su proveedor de cuidados para pacientes terminales o al profesional que extiende recetas que envíen el aviso antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted cancele su elección de recibir cuidados para pacientes terminales o que le den el alta del centro de cuidados para pacientes terminales, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para pacientes terminales de Medicare, presente en la farmacia la documentación que demuestre su cancelación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Revisamos el uso de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención adecuada y segura.

Hacemos una revisión cada vez que usted hace surtir una receta. También revisamos nuestros registros con frecuencia. Durante estas revisiones, nos concentramos en detectar posibles problemas, por ejemplo:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque toma otro medicamento parecido que sirve para tratar el mismo problema de salud
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados para su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted toma
- Cantidades no seguras de opioides para aliviar el dolor

Si detectamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos junto con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usted usa medicamentos con opioides que obtiene de diferentes farmacias o profesionales que extienden recetas, o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con los profesionales para asegurarnos de que use los opioides de manera adecuada y según sea médicamente necesario. Si decidimos, junto con los profesionales que le extienden recetas, que el uso de medicamentos recetados con opioides o con benzodiacepinas puede no ser

seguro para usted, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigir que obtenga todos sus medicamentos con opioides o con benzodiacepinas en farmacias específicas.
- Exigir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides o con benzodiacepinas de determinados profesionales que extienden recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos con opioides o con benzodiacepinas que le cubriremos.

Si decidimos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos únicamente de un determinado profesional o en una farmacia específica. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de brindarnos cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación o nuestra decisión, usted y el profesional que extiende recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su pedido en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No lo incluiremos en nuestro DMP si tiene ciertos problemas médicos, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme; si recibe cuidados para pacientes terminales, atención paliativa o cuidados de fin de vida; o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con problemas de salud complejos. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o participan en un DMP que les ayuda a usar opioides de forma segura pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre

sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito con una lista de recomendaciones y los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista con todos los medicamentos que usted toma, las dosis, cuándo los toma y la razón por la cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre cómo deben desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea que hable con su médico sobre su lista de recomendaciones y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela siempre con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que deba ir al hospital o a una sala de emergencias.

Si alguno de nuestros programas se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos su decisión y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

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

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

Si usted recibe ayuda de algún programa para pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D incluida en esta** *Evidencia de Cobertura* **no se aplique a usted.** Le enviamos otro anexo que se llama *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos* [LIS, por sus siglas en inglés] o *Cláusula adicional de LIS*), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional de LIS*.

En este capítulo usamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos están cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Es posible que algunos medicamentos excluidos estén cubiertos por nuestro plan.

Para entender la información sobre pagos, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde puede hacer surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando usa la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (**blueshieldca.com/pricecheck**), el costo que ve le muestra un cálculo aproximado de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener la información que brinda esta herramienta de beneficios en tiempo real llamando a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay tres tipos diferentes de costos de bolsillo que podría tener que pagar por los medicamentos cubiertos de la Parte D:

- El **deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la porción del costo que nos corresponde.
- El **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que hace surtir una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que hace surtir una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas para establecer lo que cuenta y lo que no cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un control de sus costos de bolsillo.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y se hayan respetado las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
- Todos los pagos que usted haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Todos los pagos por sus medicamentos que hayan hecho sus familiares o amigos.
- Todos los pagos por sus medicamentos que hayan hecho el programa Extra Help de Medicare, los planes de salud de un empleador o de una unión, el Servicio de Salud para Indígenas, los programas de ayuda con medicamentos para el sida y la mayoría de las organizaciones de beneficencia.

Paso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted o quienes hagan pagos en su nombre hayan gastado un total de $2,100 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos <u>no están incluidos</u> en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted haga por medicamentos que están cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos que usted haga por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos que determinados planes de seguros y programas de salud patrocinados por el Gobierno (como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos) hagan por sus medicamentos.
- Pagos que un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados haga por sus medicamentos (por ejemplo, en caso de una compensación por accidentes de trabajo).
- Pagos hechos por los fabricantes de medicamentos dentro del Programa de Descuentos de Fabricantes.

Recuerde: Si alguna otra organización, como las nombradas más arriba, paga una parte o el total de sus costos de bolsillo por los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Lleve un control de sus costos de bolsillo totales

- Usted recibe una *Explicación de Beneficios* (*EOB*, por sus siglas en inglés) *de la Parte D* que incluye el total actual de sus costos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los $2,100, en la *EOB de la Parte D* se le indicará que terminó su Etapa de Cobertura Inicial y que pasó a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber cómo puede asegurarse de que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Hay **tres etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de Blue Shield 65 Plus Choice Plan. La cantidad que usted pague por cada medicamento recetado dependerá de la etapa en la que esté al momento de hacer surtir una receta o de pedir una repetición. En este capítulo, se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de Deducible Anual**
- **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**
- **Etapa 3: Etapa de Cobertura para Catástrofes**

SECCIÓN 3 En la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* se explica en qué etapa de pago está usted

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos recetados y de sus pagos cuando recibe los medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos determinar el momento en que usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un control de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** indica la cantidad que usted pagó. Esta cantidad incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos por sus medicamentos que hayan hecho sus familiares o amigos, y los pagos por sus medicamentos que hayan hecho el programa Extra Help de Medicare, los planes de salud de un empleador o una unión, el Servicio de Salud para Indígenas, los programas de ayuda con medicamentos para el sida y las organizaciones de beneficencia.
- **Costos totales por medicamentos:** es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **La información de ese mes**. Este informe le brinda los detalles de pago sobre las recetas que haya hecho surtir durante el mes anterior. Le muestra los costos totales por medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.

- **Los totales desde el 1 de enero hasta lo que va del año.** Le muestra los costos totales por medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Le muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde la primera vez que se surtió la receta, para cada reclamación en la que la cantidad sea la misma.
- **Disponibilidad de medicamentos recetados alternativos de menor costo.** Le muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

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

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted hace por sus medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener la información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que haga surtir una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que tengamos información sobre las recetas que hace surtir y lo que usted paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un control de sus costos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de situaciones en las que debe brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - Cada vez que compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por medicamentos que se brindan mediante un programa de ayuda al paciente patrocinado por un fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la porción del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo pedirlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas u organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, cuentan para sus costos de bolsillo los pagos hechos por un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance

Program, ADAP), por el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y por organizaciones de beneficencia. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un control de sus costos.

- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de Deducible

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago por su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a las insulinas cubiertas ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, contra el tétanos y para viajeros). Usted deberá pagar un deducible anual de $340 por los medicamentos del Nivel 3 al Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 al Nivel 5** hasta alcanzar la cantidad del deducible de nuestro plan. En el caso de todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. Por lo general, el **costo total** es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de despacho por los medicamentos con precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Cuando haya pagado $340 por sus medicamentos del Nivel 3 al Nivel 5, pasará de la Etapa de Deducible a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de Cobertura Inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde haga surtir su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga una porción del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya (la cantidad del copago o coseguro que le corresponda a usted). Su porción del costo dependerá del medicamento y del lugar donde haga surtir su receta.

Nuestro plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos
  (el nivel más bajo de costo compartido)
  Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
  Incluye medicamentos genéricos y biosimilares.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
  Incluye medicamentos de marca preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos. Usted pagará $35 de copago o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
  Incluye medicamentos de marca no preferidos, biosimilares y algunos genéricos. Usted pagará $35 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado
  (el nivel más alto de costo compartido)
  Incluye medicamentos de marca, biosimilares y genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido estándar. Los costos pueden ser más bajos en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos una receta que se haya surtido en una farmacia fuera de la red.
- El servicio de envíos al hogar de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo hacer surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias* de nuestro plan (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**).

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

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su porción del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

La cantidad del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

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

Nivel	Costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$5 de copago	$0 de copago	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 1.	$5 de copago	$5 de copago

Nivel	Costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$10 de copago	$3 de copago	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 2.	$10 de copago	$10 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	20 % de coseguro	20 % de coseguro	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.	20 % de coseguro	20 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$35 de copago o 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.	$35 de copago o 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor

Nivel	Costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado)	29 % de coseguro	29 % de coseguro	29 % de coseguro	29 % de coseguro	29 % de coseguro

* Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la Lista de Medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos (“Extra Help” [Ayuda Adicional]).

Usted pagará, como máximo, $35 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro para un mes de cada insulina cubierta, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, algunas veces, usted o su médico deseen obtener un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, si es la primera vez que prueba un determinado medicamento). También puede pedirles a su médico que recete, y a su farmacéutico que surta, un suministro para menos de un mes si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición.

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

- Si debe pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será más bajo porque el costo total del medicamento será más bajo.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento, y no por el mes completo. La cantidad que deba pagar se calculará por día de medicamento (la proporción de costo compartido por día) y se multiplicará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

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

Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$5 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$30 de copago	$4.50 de copago	$4.50 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$105 de copago o 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$105 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado)	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.

* Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la Lista de Medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos (“Extra Help” [Ayuda Adicional]).

Usted pagará, como máximo, $70 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro para hasta 2 meses, o $105 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro para hasta 100 días de cada insulina cubierta, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5 Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen $2,100

Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen $2,100. Después, pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos por estos medicamentos no cuentan para sus costos de bolsillo totales.

La *EOB de la Parte D* que usted recibe le permitirá llevar un control de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de Cobertura para Catástrofes

En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresará a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus costos de bolsillo alcancen el límite de $2,100 para el año calendario. Cuando llegue a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, seguirá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado, usted paga el copago correspondiente al Nivel 2 (medicamentos genéricos) que se indica en los cuadros de las Secciones 5.2 y 5.4 más arriba.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas detallas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin ningún costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **darle la vacuna**. (Esto se llama “aplicación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cuestiones:

1. **Si una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización) recomienda la vacuna para las personas adultas.**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - Puede obtener la vacuna en una farmacia o en un consultorio médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Puede aplicarle la vacuna un farmacéutico u otro proveedor en la farmacia, o un proveedor en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D depende de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que está.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que deba pagar tanto el costo total de la vacuna en sí como el costo que cobra el proveedor por su aplicación. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse la porción del costo que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por el costo total que pagó.

- En otros casos, cuando recibe una vacuna, paga solamente la porción del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

Aquí tiene tres ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta opción puede estar disponible según el lugar donde viva. Algunos estados no dejan que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
- Para las demás vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna, que incluye el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y el costo que cobra el proveedor por su aplicación.
- Después, puede pedir que nuestro plan pague la porción del costo que nos corresponde según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por la cantidad total que pagó. En el caso de las demás vacunas de la Parte D, recibirá un reembolso por la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago que corresponda por la vacuna (incluida su aplicación).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio del médico, donde se la aplican.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna.
- Para las demás vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando el médico le aplica la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Después, puede pedir que nuestro plan pague la porción del costo que nos corresponde según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por la cantidad total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, recibirá un reembolso por la cantidad que pagó menos cualquier coseguro que corresponda por la aplicación de la vacuna.

CAPÍTULO 7:
Cómo pedirnos que paguemos nuestra porción de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Casos en los que usted debería pedirnos que paguemos nuestra porción por los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (un reembolso). Usted tiene derecho a obtener una devolución por parte de nuestro plan siempre que haya pagado una cantidad superior a su porción del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con fechas límite para obtener la devolución. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También es posible que usted reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por una cantidad mayor que su porción del costo compartido. Intente primero resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Evaluaremos la factura y decidiremos si deberíamos cubrir esos servicios. Si determinamos que deberían estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar la factura, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar una cantidad superior a la del costo compartido que permite el plan. Si se trata de un proveedor contratado, igual tiene derecho a recibir el tratamiento.

Ejemplos de casos en los cuales es posible que tenga que pedirle a nuestro plan que le devuelva cierta cantidad o que pague una factura que usted recibió.

1. **Cuando haya recibido atención médica de emergencia o urgentemente necesaria a través de un proveedor fuera de la red de nuestro plan.**

   Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, ya sea que forme parte o no de nuestra red. En estos casos:

- Usted solo debe pagar su porción del costo por los servicios de emergencia o urgentemente necesarios. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia.
- Si usted paga la cantidad total al momento de obtener la atención, pídanos que le devolvamos nuestra porción del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que ya haya hecho.
    - Si se le debe algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
    - Si usted ya pagó una cantidad superior a su porción del costo por el servicio, nosotros determinaremos cuánto debía pagar y le devolveremos nuestra porción del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente a nuestro plan y pedirle a usted que pague solamente su porción del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague una cantidad superior a la porción que le corresponde a usted.

- Usted solo debe pagar su cantidad del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos. No les permitimos a los proveedores que agreguen otros cargos, llamados **facturación del saldo**. Esta protección (que consiste en que usted nunca paga nada más que su cantidad del costo compartido) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y nosotros no pagamos ciertos cargos al proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red y usted crea que es superior a lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya hecho, y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que usted pagó y la cantidad que debía pagar según nuestro plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan de manera retroactiva.

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si usted fue inscrito de manera retroactiva en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de su inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra porción de los costos. Deberá presentar la documentación correspondiente, como recibos y facturas, para que podamos encargarnos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Si eso pasa, tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra porción del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan.

Si no tiene con usted la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener esa información que necesita inmediatamente, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra porción del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otros casos.

Es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado porque ese medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que cree que no debería aplicarse en su caso. Si decide comprar el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos la cantidad correspondiente. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle nuestra porción del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe un pedido de pago, lo analizaremos y determinaremos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra porción del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos una devolución o que paguemos una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos una devolución mediante un pedido por escrito. Si envía un pedido por escrito, agregue su factura y la documentación relacionada con cualquier pago que haya hecho. Le recomendamos que guarde una copia de su factura y sus recibos para sus registros. **Para presentarnos su reclamación médica, tiene un año** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento. **Para presentarnos su reclamación por medicamentos recetados de la Parte D, tiene tres años** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede solicitar el pago completando nuestro formulario de reclamación.

- Si bien no es necesario que use el formulario, nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede bajar una copia del formulario desde nuestro sitio web (**blueshieldca.com**) o llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pedir el formulario.

Envíenos por correo postal su pedido de pago junto con todas las facturas o los recibos pagados a la siguiente dirección:

Reclamaciones médicas:
Blue Shield 65 Plus Choice Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

Reclamaciones por medicamentos recetados de la Parte D:
Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

SECCIÓN 3 Analizaremos su pedido de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa

Una vez que recibamos su pedido de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde alguna otra información. De lo contrario, analizaremos su pedido y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted respetó todas las normas, pagaremos nuestra porción del costo. Es posible que nuestra porción del costo no sea la cantidad total que usted pagó (por ejemplo, si recibió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra porción del costo. Si usted todavía no pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra porción del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las cuales no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su pedido de pago o con la cantidad que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su pedido de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y tiempos importantes. Si desea obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que a usted le sea útil y se ajuste a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y de que todas las personas inscritas puedan obtener acceso a estos servicios, incluidas aquellas que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o problemas de audición, o aquellas de distinto origen cultural y étnico. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, los servicios de traducción e interpretación y la conexión por teletipo, o teléfono de teletipo o de texto (TTY, por sus siglas en inglés).

Nuestro plan ofrece servicios gratis de interpretación para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Además, podemos brindarle la información en otros idiomas además del inglés (incluso en español), en braille, en letra grande o en algún otro formato alternativo sin costo, si es necesario. Tenemos la obligación de brindarle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea adecuado y accesible para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le sea útil, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan debe ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de obtener acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para que reciban servicios de atención de la salud de rutina y preventivos.

Si en la red de nuestro plan no hay proveedores disponibles para una determinada especialidad, será nuestra responsabilidad encontrar proveedores especializados fuera de la red para que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que brinden un servicio que usted necesita, llame al plan y pida información sobre dónde puede obtener este servicio por el mismo costo compartido que tendría dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea adecuado y accesible para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista de la red, comuníquese para presentar un reclamo:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Puede actualizar la forma en que quiere que nos comuniquemos con usted, como también su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual, identidad de género y pronombres visitando el portal de miembros. Vaya a blueshieldca.com/login, haga clic “My Profile” (Mi perfil) y actualice su información en “Personal Details” (Información personal). Esta información nos ayuda a entender y satisfacer sus necesidades y preferencias específicas. Entendemos la importancia de mantener la privacidad y la confidencialidad de su información personal, y nos tomamos muy en serio nuestra obligación. Tenemos políticas y procedimientos para administrar el acceso y determinar cuándo y cómo usamos estos datos. Esta información no se usará para determinar la cobertura de sus beneficios y/o servicios. Podemos compartir sus necesidades personales de idiomas con sus proveedores específicos para ayudarles a satisfacer sus necesidades de atención de la salud.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but aren’t limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need

it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Service at (800) 776-4466 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Phone: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697. You can update how you'd like us to contact you, as well as your race, ethnicity, language, and sexual orientation, gender identity, and pronouns information by visiting the member portal, go to blueshieldca.com/login and click "My Profile" and update your "Personal Details". This information helps us understand and support your specific needs and preferences. We understand the importance of keeping your personal information private and confidential, and we take our obligations to do so seriously. We have policies and procedures in place to manage access to determine when and how we use this data. This information will not be used to determine the coverage of your benefits and/or services. We may share your individual language needs with your specific providers(s) to help support your healthcare needs.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga un acceso rápido a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para que brinde y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud femenina (un ginecólogo, por ejemplo) sin necesidad de obtener una referencia.

Tiene derecho a programar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas de manera oportuna cuando necesite ese tipo de atención. Usted también tiene derecho a que le surtan sus recetas o las repeticiones en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras excesivas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un tiempo razonable, el Capítulo 9 le explica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos garantizar la privacidad de su información de salud protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud protegida. Nosotros garantizamos la privacidad de su información de salud protegida como lo exigen estas leyes.

- La información de salud protegida incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, como también sus registros médicos y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito llamado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que le brinda información sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información de salud.

¿De qué manera protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea ni cambie sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se nombran a continuación, si planeamos compartir su información de salud con alguien que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de obtener antes su permiso por escrito, o el de la persona a la que le haya dado el poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones en las que no es necesario que obtengamos antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley.
    - Tenemos la obligación de compartir la información de salud con las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

- Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de compartir con Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; generalmente, esto requiere que no se comparta la información que permite identificarlo personalmente.

Usted puede revisar la información de sus registros y saber de qué manera se ha compartido con terceros.

Tiene derecho a revisar el registro médico que nuestro plan guarda sobre usted y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias de esta información. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información a su registro médico o que hagamos correcciones. En ese caso, trabajaremos junto con su proveedor de atención de la salud para decidir si los cambios son adecuados.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud protegida, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información. También puede hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros del plan.

Si quiere obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información sobre las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre la manera en que les pagamos.

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe respetar al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 le informa cómo puede pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. Además, el Capítulo 9 brinda información sobre cómo puede pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se conoce como apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a saber cuáles son sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a que sus médicos y otros proveedores de atención de la salud le brinden toda la información. Sus proveedores deben explicarle su problema médico y sus opciones de tratamiento *de una manera que le resulte fácil de entender*. Tiene derecho a ser tratado con respeto en todos los aspectos de su atención de la salud y a que se reconozca su dignidad y su derecho a la privacidad.

También tiene derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención de la salud. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento le conviene, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su problema de salud, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye el derecho a recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar y usar sus medicamentos de manera segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe cualquier riesgo que pueda tener su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención o tratamiento médico propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar los tratamientos experimentales.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aunque su médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted asume toda la responsabilidad por lo que pueda pasarle a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones sobre su salud.

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre su atención de la salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que pase si está en esa situación. Es decir que, *si así lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para **darle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** en caso de que alguna vez usted no pueda hacerlo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que administren su atención médica en el caso de que usted no pueda tomar decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones por adelantado en esas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder notarial para la atención de la salud** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas a través de su abogado o un trabajador social, o en alguna tienda de artículos de oficina. A veces, los formularios de directivas anticipadas pueden obtenerse en las organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de prepararlo con la ayuda de un abogado.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que haya designado en el formulario para tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo. Puede darles copias a sus amigos o familiares cercanos. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado un formulario de directivas anticipadas, **lleve una copia con usted cuando vaya al hospital**.

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

Usted es quien decide completar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmarlo cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

Qué pasa si no se respetan sus instrucciones

Si firmó un formulario de directivas anticipadas y cree que un médico o un hospital no cumplieron con las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante Commence Health. Consulte el Capítulo 2 para obtener la información de contacto.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer. Más allá de lo que haga, ya sea que pida una decisión de cobertura o que presente una apelación o una queja, **tenemos la obligación de brindarle un trato imparcial**.

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-537-7697) o puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su ciudad.

Si cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos *y no* es un problema de discriminación, puede obtener ayuda para tratar de solucionar su problema.

- **Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local** al (800) 434-0222.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo puede obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente de nuestro plan al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**

- **Llame al SHIP local** al (800) 434-0222.
- **Comuníquese con Medicare.**
    - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se indica lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

- **Conozca sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le explica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Para que sus médicos, otros proveedores y su plan puedan brindarle ayuda, proporcióneles información, haga preguntas y siga su tratamiento.**
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención de la salud le brinden la mejor atención, cuénteles sobre sus problemas de salud. Cumpla con los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan de todos los medicamentos que usted toma, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y recibir una explicación que usted pueda entender.

- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que su comportamiento ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
    - Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir pagando una prima por su Parte B de Medicare.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su porción del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
    - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.
    - Si se le exige que pague la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avísele al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas** (también llamadas reclamos).

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.1 Términos legales

En este capítulo, se explican los términos legales usados para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite. La mayoría de las personas no conocen muchos de estos términos. Para que le resulte más fácil, en este capítulo se usan palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para brindarle ayuda. Incluso si tiene una queja sobre el trato que recibió de nuestra parte, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden

llamar al 711) para pedir ayuda. En algunos casos, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las dos organizaciones que pueden brindarle ayuda son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores entrenados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe usar para tratar de solucionar un problema. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratis. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso debe usar para solucionar su problema

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

Cómo pedir una decisión de cobertura antes de recibir los servicios

Si quiere saber si cubriremos su atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan le da una referencia para ir a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o salvo que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca estará cubierto, en 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 si se niega a brindar la atención médica que usted cree que necesita.

Hay circunstancias limitadas en las que se rechazará un pedido de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos el pedido. Por ejemplo, se rechazará un pedido si está incompleto, si alguien lo presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted mismo pide que lo cancelen. Si rechazamos un pedido de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y cómo puede pedir que lo revisen.

Tomamos decisiones de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cubierto y cuánto pagamos. Es posible que, en algunos casos, decidamos que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. 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, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas

situaciones, usted puede pedir una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación está a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted presenta una apelación de una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con las normas de manera adecuada. Al terminar la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

Hay circunstancias limitadas en las que se rechazará un pedido de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos el pedido. Por ejemplo, se rechazará un pedido si está incompleto, si alguien lo presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted mismo pide que lo cancelen. Si rechazamos un pedido de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y cómo puede pedir que lo revisen.

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

- Usted no debe hacer nada para empezar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare nos exigen que enviemos automáticamente su apelación por la atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se describen más detalladamente en la Sección 6.

Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir el proceso a través de niveles de apelación adicionales (este capítulo explica los procesos de apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación, se indican algunos recursos en caso de que decida pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratis** de su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP).
- **Su médico puede presentar un pedido en su nombre.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar

al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Designación de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web **blueshieldca.com/apptofrep**).

- En el caso de la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente pasará al Nivel 2.
- En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que extiende recetas pueden pedir una apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
  - Si quiere que su representante sea un amigo, un familiar u otra persona, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Designación de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web **blueshieldca.com/apptofrep**). Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar un pedido de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, el pedido de apelación se rechazará. Si esto pasa, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o consultar por un abogado en el colegio de abogados de su ciudad o en otro servicio de referencias. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratis si califica. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Hay cuatro situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y fechas límite. Brindamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5**: Atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo pedirnos que cubramos una estadía en un hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto.
- **Sección 8**: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto. (*Se aplica solamente a estos servicios:* atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios brindados por un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés]).

Si no está seguro de qué información se aplica a su caso, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra porción del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican normas diferentes cuando se pide un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las normas que se aplican a los medicamentos de la Parte B y las normas que se aplican a los artículos y servicios médicos.

Esta sección le explica lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe una determinada atención médica que desea y usted cree que esa atención está cubierta por nuestro plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que esa atención está cubierta por nuestro plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Usted recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaremos esa atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Usted recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan y desea pedirle a nuestro plan un reembolso por esa atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que se reducirá o se suspenderá la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que hemos aprobado previamente, y usted cree que reducir o suspender esa atención podría provocar daños a su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte la Sección 7 y la Sección 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo pedir una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que está relacionada con su atención médica se llama **determinación de la organización.**

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

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

En general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 7 días calendario cuando el servicio o artículo médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, dentro de los 14 días calendario para todos los demás servicios y artículos médicos, o dentro de las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, en el caso de los servicios médicos, o dentro de las 24 horas, en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Usted puede *pedir únicamente* la cobertura de servicios y/o artículos médicos (no puede pedir el pago de artículos y/o servicios que ya haya recibido).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar podría causarle daños graves a su salud o afectar su capacidad para recuperar sus funciones.

Si su médico nos indica que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud exige que le demos una decisión de cobertura rápida.
Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:

- se explica que usaremos las fechas límite estándar;
- se explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente;
- se explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted pidió.

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

- Primero, comuníquese con nuestro plan por teléfono, correo o fax para pedirnos que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

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

En el caso de las decisiones de cobertura estándar, usamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su pedido de un servicio o artículo médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el servicio o artículo médico que pide no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su pedido. Si pide un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos su pedido.

- **Sin embargo,** si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** cuando usted pide un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si pide un medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja apenas tomemos una decisión. (El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápidas, usamos tiempos acelerados.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas cuando pida un artículo o servicio médico. Si pide un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** cuando usted pide un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si pide un medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Nos comunicaremos con usted apenas tomemos una decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido.

Paso 4: Si rechazamos su pedido de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su pedido, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos esta decisión. Esto significa volver a pedir que se brinde la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

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

Paso 1: Debe decidir si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

En general, una apelación estándar se presenta dentro de los 30 días calendario o dentro de los 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud exige una apelación rápida, se la daremos.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida, y están descritos en la Sección 5.2.

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

- **Si pide una apelación estándar, preséntela por escrito.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Si pide una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Debe presentar su pedido de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite por una causa justificada, explique la razón por la que su apelación está demorada en el momento de presentarla. Podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para pedir una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

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

- Al evaluar su apelación, nuestro plan revisa detenidamente toda la información. Analizamos si cumplimos con todas las normas en el momento en que rechazamos su pedido.
- Si es necesario, reuniremos más información y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo exige.
    - Si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** cuando usted pide un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si pide un medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos tiempo adicional.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o antes de que se cumpla el plazo extendido, en el caso de que nos hayamos tomado días adicionales),

tenemos la obligación de enviar automáticamente su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que lo revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos autorizar o brindar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su pedido es por un medicamento de la Parte B que no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión más rápido si su salud así lo exige.
    - Si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** cuando usted pide un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si pide un medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
    - Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
    - Si no le damos nuestra respuesta antes de la fecha límite (o antes de que termine el plazo extendido), enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los siguientes 30 días calendario, si pidió un artículo o servicio médico, o **dentro de los siguientes 7 días calendario**, si pidió un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Proceso de apelaciones de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal que recibe la organización de revisión independiente es **Organismo de Revisión Independiente.** A veces, se lo llama **IRE**, por sus siglas en inglés.

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

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá también una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si usted pide un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir información adicional que podría beneficiarle, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si pide un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

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

- En el caso de la apelación estándar, si su pedido es por un servicio o artículo médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si pide un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.

- Si usted pide un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir información adicional que podría beneficiarle, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si pide un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de un pedido de un servicio o artículo médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las **72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para los **pedidos estándares**. En el caso de los **pedidos acelerados**, tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de un pedido de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para los **pedidos estándares.** En el caso de los **pedidos acelerados**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que la organización está de acuerdo con nosotros en que su pedido (o parte de su pedido) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
    - se explica la decisión;
    - se informa que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para seguir con el proceso de apelaciones;
    - se explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 9 explica el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que le paguemos nuestra porción de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe las situaciones en las que quizá necesite pedirnos un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le explica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

Al enviarnos la documentación para que se le haga un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, analizaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También analizaremos si usted cumplió con todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su pedido**: Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago de nuestra porción del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, y a más tardar dentro de los 60 días calendario, después de que recibamos su pedido. Si usted todavía no pagó por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su pedido:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para comunicarle que no pagaremos la atención médica y le explicaremos las razones de nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su pedido, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, quiere decir que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su pedido de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos pide que le devolvamos el costo de la atención médica que usted ya recibió y pagó, no podrá pedir una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente determina que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe ser usado según una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Si desea obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usamos la palabra *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez que se lo nombra. También usamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. En el caso de algunos medicamentos, deberá obtener nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que no pueden surtir su receta tal como está escrita, le darán un aviso por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Términos legales:

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explica lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes situaciones:

- Pide que se cubra un medicamento de la Parte D que no está incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pide que no se aplique una restricción sobre la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, los criterios para la autorización previa o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 6.2**

- Nos pide pagar una cantidad de costo compartido más baja por un medicamento cubierto de un nivel de costo compartido más alto. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pide la aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pide que se pague un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos una devolución del costo. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede presentar una apelación.

Esta sección le explica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 Cómo pedir una excepción

Términos legales:

Pedir que se cubra un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos es una **excepción del formulario**.

Pedir que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento es una **excepción del formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción del nivel de medicamento.**

Si algún medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que evaluemos un pedido de excepción, su médico u otro profesional que extienda recetas deberán explicar las razones médicas por las que debemos aprobar la excepción. A continuación, ofrecemos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedirnos:

1. **Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede pedir que hagamos una excepción en relación con la cantidad de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
2. **Que quitemos una restricción sobre un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y quitarle

una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto de la cantidad de costo compartido que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.

3. **Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se clasifica en alguno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la porción del costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.
   - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su problema médico que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con una cantidad de costo compartido más baja. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su problema de salud.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema de salud.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su problema de salud.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) ni del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado).
   - Si aprobamos su pedido para aplicar una excepción del nivel de medicamento y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante que debe conocer para pedir excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que extienda recetas deben brindarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las cuales pide una excepción. Para obtener una decisión más rápida, cuando pida una excepción, incluya esta información médica brindada por su médico u otro profesional que extienda recetas.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar un problema de salud en particular. A estas diferentes posibilidades se las llama **medicamentos alternativos**. Si un medicamento alternativo sería igual de eficaz que el

medicamento que pide y no le causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su pedido de una excepción. Si nos pide que hagamos una excepción del nivel de medicamento, generalmente *no* aprobaremos su pedido de una excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costo compartido le resulte igual de eficaz o que exista la posibilidad de que estos le causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su pedido.

- Si aprobamos su pedido de una excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año del plan. Esto será así mientras su médico siga recetándole el medicamento, y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su problema de salud.
- Si rechazamos su pedido, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de las **72 horas** después de que recibimos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** después de que recibimos la declaración de su médico.

Si su salud así lo exige, pídanos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Su pedido debe ser para un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le devuelvan lo que pagó por un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar podría causar daños graves a su salud o afectar sus funciones.
- **Si su médico u otro profesional que extienda recetas nos indican que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o el profesional que extiende recetas, nosotros decidiremos si su salud exige que**

le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:

- se explica que usaremos las fechas límite estándar;
- se explica que, si su médico u otro profesional que extiende recetas piden la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente;
- se explica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted pidió. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas después de haberla recibido.

Paso 2: Pida una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Primero, comuníquese con nuestro plan por teléfono, correo o fax para pedirnos que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede obtener acceso al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todos los pedidos por escrito, incluidos los pedidos presentados con el *Formulario Modelo de Determinación de Cobertura de CMS* o con el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medappeals**). En el Capítulo 2 está la información de contacto. También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web. Visite **blueshieldca.com/medappeals.** Para ayudarnos a procesar su pedido, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre cuál es la reclamación rechazada que se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que extienda recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 le explica cómo darle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si pide una excepción, brinde la declaración de respaldo,** donde se explican las razones médicas por las que se pide la excepción. Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O, también, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden comunicarnos las razones por teléfono y después enviar una declaración escrita por fax o por correo postal, si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su pedido y le comunicamos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** después de que recibamos su pedido.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo exige.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos brindar la cobertura acordada dentro de las 24 horas después de que recibamos su pedido o la declaración del médico que respalda su pedido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** después de que recibamos su pedido.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos **brindar la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** después de que recibamos su pedido o la declaración del médico que respalda su pedido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su pedido.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** también estamos obligados a pagarle dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su pedido.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su pedido de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su pedido, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos esta decisión. Esto significa volver a pedir que se brinde la cobertura de medicamentos que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se llama también **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Debe decidir si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

En general, una apelación estándar se presenta en el transcurso de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que extienda recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida, y están descritos en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe un pedido por escrito.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos** al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). En el Capítulo 2 está la información de contacto.

- **Debemos aceptar todos los pedidos por escrito,** incluidos los pedidos presentados con el *Formulario Modelo de Determinación de Cobertura de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medappeals**). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su pedido.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web. Visite **blueshieldca.com/medappeals.**
- **Debe presentar su pedido de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite por una causa justificada, explique la razón por la que su apelación está demorada en el momento de presentarla. Podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para pedir una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

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

- Al revisar su apelación, revisamos otra vez, detenidamente, toda la información sobre su pedido de cobertura. Analizamos si cumplimos con todas las normas en el momento en que rechazamos su pedido. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que extienda recetas para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las siguientes 72 horas, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos brindar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar relacionada con un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión más rápido si aún no recibió el medicamento y si su estado de salud así lo exige.
    - Si no le informamos una decisión dentro de los 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, debemos brindar la cobertura con la rapidez que su salud exija, pero a más tardar dentro de los **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su pedido.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** también estamos obligados a pagarle dentro de los **30 días calendario** después de que recibamos su pedido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea seguir con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal que recibe la organización de revisión independiente es **Organismo de Revisión Independiente.** A veces, se lo llama **IRE**, por sus siglas en inglés.

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

Paso 1: Usted o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas deben comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo puede comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su pedido de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o si tomamos una decisión desfavorable en relación con una determinación **de riesgo** según nuestro Programa de Administración de Medicamentos, enviaremos automáticamente su pedido al IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

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

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de que reciba su pedido de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de apelaciones estándar, la organización de revisión independiente deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de que reciba su apelación si se trata de un medicamento que todavía no recibió. Si está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión independiente deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su pedido.

Paso 3: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted pidió,** nosotros debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su pedido de cobertura,** nosotros debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su pedido para que le devolvamos el costo** de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización rechaza **parte o la totalidad de su apelación,** significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido (o parte de su pedido). (Esto se llama **mantener la decisión** o, también, **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- se explica la decisión;
- se informa que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva;
- se informa el valor en dólares que debe estar en disputa para poder seguir con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en un hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando es admitido en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en un hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para que esté preparado al dejar el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar una vez que deje el hospital.

- El día en que deja el hospital se llama **fecha del alta**.
- Su médico o el personal del hospital le avisarán cuando se decida la fecha del alta.
- Si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía más prolongada, y se evaluará su pedido.

Sección 7.1 Durante su estadía en un hospital como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los dos días calendario después de ser admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas

que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie del hospital le entrega el aviso (por ejemplo, un trabajador social o un profesional de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea el aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** Este aviso le brinda información sobre lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía en un hospital y después de que esta haya terminado, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar de cualquier decisión que se tome sobre su estadía en un hospital.
   - Dónde puede informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **pedir una revisión inmediata** de la decisión de su alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir que se demore su fecha del alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para confirmar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firmen el aviso.
   - Firmar el aviso indica *únicamente* que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica cuándo le darán el alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, se le entregará otra copia antes de que se programe su alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso por Internet en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más largo, use el proceso de apelaciones. Antes de empezar, debe entender qué tiene que hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. La revisa para determinar si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud, financiados por el Gobierno federal, que se encargan de controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y pide una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo puede comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **a más tardar en la medianoche del día del alta.**
    - **Si cumple con esta fecha límite,** podrá quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si no cumple con esta fecha límite, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

- Una vez que pida una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que nos contactaron, le daremos un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso le indica la fecha de alta programada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es conveniente (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede obtener un ejemplo del **Aviso Detallado del Alta** llamando a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un ejemplo del aviso por Internet en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería seguir. No es necesario que prepare nada por escrito, aunque puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos brindado.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos hayan notificado de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta programada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es conveniente (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta sobre su apelación.

¿Qué pasa si aceptan su apelación?

- Si la organización de revisión independiente la *acepta*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que esos servicios sean médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando su porción de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponde). Además, es posible que haya limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión independiente la *rechaza*, está diciendo que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto pasa, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados terminará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación *y* usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Si presenta una apelación, significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, puede pedirle a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomó sobre la primera apelación que usted hizo. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total por su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pida una nueva revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión únicamente si se queda en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su situación por segunda vez.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelven a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su pedido de apelación de Nivel 2, los revisores toman una decisión sobre su apelación y se la comunican.

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted debe seguir pagando su porción de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1. Esto se llama mantener la decisión.
- El aviso que reciba le explicará por escrito qué puede hacer si desea seguir adelante con el proceso de revisión.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, debe decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel y seguir con el Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo servicios cubiertos de **atención de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para

ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrirle cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra porción del costo de su atención.*

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

Sección 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Términos legales:

Aviso de No Cobertura de Medicare: explica qué puede hacer para pedir una **apelación acelerada.** Una apelación acelerada es una manera legal y formal de pedirnos que cambiemos nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo terminar su atención.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le brinda información sobre lo siguiente:

   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo presentar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.

2. **Se pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso para confirmar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *únicamente* que usted recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de terminar la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para pedirle a nuestro plan que cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones. Antes de empezar, debe entender qué tiene que hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar

al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. La organización decide si la fecha para que termine su atención es médicamente adecuada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención de la salud, financiados por el Gobierno federal, que se encargan de controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Usted presenta su apelación de Nivel 1: se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pide una *apelación acelerada*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo puede comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para empezar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de comienzo** indicada en el *Aviso de No Cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite y quiere presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad usando la información de contacto que se incluye en el *Aviso de No Cobertura de Medicare*. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Términos legales:

Explicación Detallada de No Cobertura: aviso que brinda detalles sobre las razones por las que se termina la cobertura.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería seguir. No es necesario que prepare nada por escrito, aunque puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya brindado.
- Al final del día en que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá nuestra *Explicación Detallada de No Cobertura*, donde le explicamos en detalle las razones por las que terminamos nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria, los revisores le comunican su decisión.

¿Qué pasa si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su porción de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponde). Es posible que haya limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores la *rechazan*, **su cobertura terminará en la fecha que le hayamos comunicado.**
- Si decide seguir recibiendo la atención de la salud en el hogar, la atención de un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que su cobertura termina, **usted deberá pagar el costo total** de la atención por su cuenta.

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 elige seguir recibiendo la atención después de que su cobertura de la atención haya terminado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para pedirle a nuestro plan que cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, puede pedirle a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomó sobre la primera apelación que usted hizo. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible

que tenga que pagar el costo total por la atención de la salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pida una nueva revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión únicamente si sigue recibiendo la atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su situación por segunda vez.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelven a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su pedido de apelación, los revisores toman una decisión sobre su apelación y se la comunican.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su porción de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le explicará por escrito qué puede hacer si desea seguir adelante con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo seguir con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado de adjudicaciones.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, debe decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más de apelación (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 9 le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para pedidos de servicios médicos

Esta sección puede resultarle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y las dos apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por los cuales usted presentó una apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de Nivel 2 le explicará cómo pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera que los primeros dos niveles. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado de adjudicaciones aceptan su apelación, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.** A diferencia de las decisiones que se toman en una apelación de Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelarla, pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelarla, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o del abogado de adjudicaciones.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia del pedido de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podremos esperar a que se tome una decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado de adjudicaciones rechazan su apelación, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.**

- Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si el Consejo acepta su apelación o rechaza nuestro pedido de revisar una decisión favorable en la apelación de Nivel 3, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.** A diferencia de las decisiones que se toman en el Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos o no esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si el Consejo rechaza la apelación o el pedido de revisión, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le dejan seguir con una apelación de Nivel 5 y cómo puede hacerlo.

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 pedido. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para pedidos de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede resultarle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y las dos apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted presentó una apelación alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si la

cantidad en dólares es menor, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera que los primeros dos niveles. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si acepta su apelación, el proceso de apelaciones termina.** En este caso, debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado de adjudicaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o hacer el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si el Consejo rechaza la apelación, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si acepta su apelación, el proceso de apelaciones termina.** En este caso, debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o hacer el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si el Consejo rechaza la apelación, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su pedido de revisión de la apelación, el aviso le informará si las normas le dejan seguir con una

apelación de Nivel 5. También le informará con quién debe comunicarse y cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su 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 pedido. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que lo están impulsando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado? • ¿Tuvo que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o al personal de nuestro Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Algunos ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener un medicamento recetado.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de alguna clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que le brindamos	• ¿No le entregamos algún aviso que tenemos la obligación de darle? • ¿La información escrita que le brindamos es difícil de entender?
Cumplimiento de los tiempos establecidos (Todos estos tipos de quejas están relacionados con el *cumplimiento de los tiempos establecidos* para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones).	Si usted pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos: • Si nos pidió una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y la rechazamos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a la cobertura o el reembolso de ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite establecidas para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama **reclamo**.

Presentar una queja también se conoce como **presentar un reclamo**.

Usar el proceso de quejas también se conoce como **usar el proceso de presentación de un reclamo**.

Una **queja rápida** también se llama **reclamo acelerado**.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamarnos (o si llamó y no está conforme), puede enviarnos una queja por escrito.** Si presenta una queja por escrito, la responderemos por escrito.
- Paso 1: Presentación de un reclamo

  Para empezar el proceso, llame a un representante de Servicio al Cliente dentro de los 60 días calendario después de que ocurrió el evento y pida presentar un reclamo. También puede presentar un reclamo por fax o por escrito dentro de los 60 días calendario después de que ocurrió el evento y enviarlo a:

  Blue Shield 65 Plus Choice Plan
  Appeals & Grievances Department
  P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
  FAX: (916) 350-6510

  También puede llamarnos para pedirnos un **Formulario de apelaciones y reclamos de Blue Shield 65 Plus Choice Plan** (el uso de este formulario es opcional).

  Le enviaremos una carta para confirmar que recibimos el aviso sobre su inquietud dentro de los 5 días calendario después de recibirlo. Debemos ocuparnos de su reclamo tan rápido como su caso lo exija según su estado de salud, pero no podemos demorarnos más de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su queja. Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si usted lo pide o si nosotros justificamos la necesidad de recopilar información adicional y la demora lo beneficia.

  Si pide un reclamo acelerado porque decidimos no darle una decisión rápida o una apelación rápida, o porque pedimos una extensión para nuestra decisión o apelación rápida inicial, enviaremos su pedido a un director médico que no haya participado en nuestra decisión original. Es posible que le preguntemos si tiene información adicional que no haya estado disponible en el momento en que usted pidió una decisión o apelación rápida inicial. El director médico revisará su pedido y decidirá si nuestra decisión original fue adecuada. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de las 24 horas después de que recibamos su pedido de un reclamo acelerado.

- Paso 2: Audiencia por el reclamo

  Si no está conforme con la resolución de su reclamo relacionado con un problema en la calidad de la atención, puede enviar un pedido por escrito al Departamento de Apelaciones y Reclamos de Blue Shield Medicare para pedir una audiencia sobre su reclamo. Dentro de los 31 días calendario después de que recibamos su pedido por escrito, reuniremos un panel para analizar su caso. Usted recibirá una invitación para participar de la audiencia, en la que estarán un director médico ajeno al caso y un representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Reclamos. Usted podrá participar de la audiencia en persona o por teleconferencia. Después de la audiencia, le enviaremos una carta con la resolución final.

  Si no está conforme con la resolución de su reclamo, que no está relacionado con un problema de calidad de la atención, como el tiempo de espera, la falta de respeto, el servicio al cliente o la limpieza, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan para pedir una revisión adicional.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario después de que ocurrió el problema por el cual desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono porque tiene una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional y la demora lo beneficia, o si usted pide más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder su queja. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su pedido de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las siguientes 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es

un grupo de médicos y otros expertos de atención de la salud, financiados por el Gobierno federal, que se encargan de controlar y mejorar la atención para los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

O:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y nuestro plan al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Blue Shield 65 Plus Choice Plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cómo terminar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en Blue Shield 65 Plus Choice Plan puede terminar de manera **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decidió que *quiere* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 le brinda información sobre situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si tiene pensado dejar nuestro plan, debemos seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted debe seguir pagando su costo compartido hasta que su membresía termine.

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

Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** todos los años. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es **del 15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Usted puede optar por seguir con su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
        - Si elige esta opción y recibe la ayuda adicional del programa Extra Help, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por rechazar la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** todos los años.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo; y para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, es desde el primer mes de titularidad de la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de titularidad.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted tiene estas opciones:
    - Puede cambiarse a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
    - Puede cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse al mismo tiempo en un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes siguiente a la fecha en que se inscriba en otro plan Medicare Advantage o que recibamos su pedido para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos reciba su pedido de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Blue Shield 65 Plus Choice Plan pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo algunos ejemplos.

Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
- Si usted es elegible para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Completa para Personas Mayores (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para confirmar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de salud de Medicare y también su cobertura de medicamentos recetados. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si usted cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Generalmente, su membresía terminará** el primer día del mes siguiente a que recibamos su pedido de cambio de plan.
- **Si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por rechazar la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede terminar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía:

- **Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**
- Puede encontrar información en el folleto ***Medicare & You 2026*** (Medicare y usted 2026).
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

En el cuadro que se incluye a continuación, se explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Shield 65 Plus Choice Plan cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Shield 65 Plus Choice Plan cuando empiece la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Enviarnos un pedido por escrito para que cancelemos su inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir la cancelación. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Blue Shield 65 Plus Choice Plan se cancelará cuando empiece su cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía termine, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía termine y empiece su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga usando las farmacias de nuestra red o nuestro servicio de envíos al hogar para obtener sus medicamentos recetados**.
- **Si es admitido en un hospital el día en que termina su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que empiece su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Blue Shield 65 Plus Choice Plan debe terminar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones

Blue Shield 65 Plus Choice Plan debe terminar su membresía en nuestro plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o se va de viaje por un tiempo largo, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para averiguar si el lugar al que va a mudarse o al que viajará está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (es decir, si va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está en los Estados Unidos de manera legal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que le brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si al momento de su inscripción en nuestro plan brinda intencionalmente información incorrecta y esa información afecta su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera perturbadora y dificulta nuestra capacidad de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.

(No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
    - Si terminamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare le dé su caso al inspector general para que lo investigue.
- Si no paga las primas de nuestro plan durante 3 meses calendario.
    - Debemos avisarle por escrito que tiene 3 meses calendario para pagar la prima de nuestro plan antes de que terminemos su membresía.
- Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca de cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Blue Shield 65 Plus Choice Plan no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que deje nuestro plan por motivos relacionados con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley más importante que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), así como los reglamentos creados según esa ley por el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid). Además, hay otras leyes federales que pueden aplicarse y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive también pueden ser aplicables. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, embarazo o situaciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrezcan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964, la Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973, la Age Discrimination Act (Ley contra la Discriminación por Edad) de 1975, la Americans with Disabilities Act (Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades), la Sección 1557 de la Affordable Care Act (Ley de Atención Médica Económica), todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que obtienen fondos federales y todas las leyes y normas que correspondan por cualquier otro motivo.

Si quiere 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 revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Si tiene alguna

queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, nuestro Servicio al Cliente puede brindarle ayuda.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según las reglamentaciones del CMS en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales), Blue Shield 65 Plus Choice Plan, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario de Salud y Servicios Humanos conforme a las reglamentaciones del CMS en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Administración de la *Evidencia de Cobertura*

Es posible que adoptemos políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Colaboración del miembro

Usted debe completar cualquier pedido, formulario, declaración, descargo, autorización, formulario de derecho de retención y cualquier otro tipo de documento que pidamos durante el curso normal de las actividades comerciales o según se especifique en esta Evidencia de Cobertura.

SECCIÓN 6 Cesión

Usted no puede ceder esta *Evidencia de Cobertura* ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por deudas monetarias, beneficios u obligaciones descritos en este documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

SECCIÓN 7 Responsabilidad del empleador

No le pagaremos a un empleador por ningún servicio que el empleador deba brindar por ley y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al empleador el valor de ese servicio.

SECCIÓN 8 Responsabilidad de las agencias gubernamentales

No le pagaremos a ninguna agencia gubernamental un servicio que, por ley, únicamente esa agencia deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos a la agencia gubernamental el valor de ese servicio.

SECCIÓN 9 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

No le pagaremos al Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) ningún servicio para problemas de salud que, por ley, el Departamento de Asuntos de Veteranos deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al Departamento de Asuntos de Veteranos el valor de ese servicio.

SECCIÓN 10 Beneficios de compensación por accidentes de trabajo o por responsabilidad civil del empleador

Usted puede ser elegible para recibir pagos u otros beneficios de acuerdo con la ley de compensación por accidentes de trabajo o la ley de responsabilidad civil del empleador. Le daremos los medicamentos cubiertos de la Parte D aunque no sepamos si tiene derecho a recibirlos, pero es posible que reclamemos el valor de los servicios cubiertos a las siguientes entidades:

1. Cualquier entidad que brinde beneficios o de la cual usted tenga derecho a recibir un beneficio.
2. Usted, en la medida en que un beneficio sea brindado, deba pagarse o se hubiera exigido que se brinde o se pague si usted hubiera hecho lo necesario para hacer valer sus derechos a los beneficios de acuerdo con cualquier ley de compensación por accidentes de trabajo o de responsabilidad civil del empleador.

SECCIÓN 11 Recuperación de un pago en exceso

Podemos recuperar cualquier pago en exceso que hagamos por los servicios de cualquier persona o entidad que reciba el pago en exceso o de cualquier persona u organización obligada a pagar por esos servicios.

SECCIÓN 12 Lesiones causadas por terceros

Si usted tiene una lesión o se enferma debido al acto o la omisión de otra persona (un "tercero"), Blue Shield debe, con respecto a los servicios que se requieran como resultado de esa lesión, brindar los beneficios del plan y contar con un derecho equitativo a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible para recuperar las cantidades que Blue Shield pagó por los servicios que se le brindaron a usted mediante la deducción de cualquier recuperación (se define a continuación) obtenida por usted o en su nombre, otorgada por el tercero responsable de la lesión o enfermedad o en nombre de él, o por parte de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.

Este derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se deduce de cualquier recuperación que usted reciba como consecuencia de la lesión o enfermedad, incluida cualquier cantidad otorgada o recibida mediante juicio legal, laudo arbitral, acuerdo legal o cualquier otro arreglo, por parte de cualquier tercero o asegurador del tercero, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente, en relación con la enfermedad o lesión (la "recuperación"), sin tener en cuenta si usted ha sido compensado satisfactoriamente mediante la recuperación. El derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se limita a esa porción del total recuperado que corresponde a los beneficios pagados en relación con esa lesión o enfermedad, calculados de acuerdo con la Sección 3040 del California Civil Code (Código Civil de California).

Usted tiene la obligación de:

1. Avisar por escrito a Blue Shield sobre cualquier reclamación o acción legal, real o potencial, que usted tenga pensado iniciar o haya iniciado contra el tercero a raíz de los presuntos actos u omisiones que provocaron su lesión o enfermedad, en un máximo de 30 días después de haber enviado o presentado una reclamación o acción legal contra el tercero.

2. Aceptar colaborar plenamente y cumplir con todas las formalidades de cualquier formulario o documentación que se exija para hacer cumplir este derecho a la restitución, al reembolso o a otras soluciones que estén disponibles.

3. Acordar por escrito reembolsar a Blue Shield por los beneficios que Blue Shield haya pagado mediante la deducción de cualquier cantidad recuperada cuando se obtenga de un tercero, o en nombre de él, o de su asegurador, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.

4. Brindar un derecho de retención calculado según la Sección 3040 del California Civil Code (Código Civil de California). El derecho de retención puede ser presentado ante el tercero, el representante o el abogado del tercero o ante el tribunal, a menos que la ley lo prohíba.

5. Responder periódicamente a los pedidos de información relacionados con la reclamación contra el tercero y avisar por escrito a Blue Shield dentro de los 10 días siguientes a la obtención de cualquier cantidad recuperada.

El incumplimiento de las cinco normas descritas anteriormente no se considerará, de ninguna manera, una renuncia, liberación ni abandono de los derechos de Blue Shield.

SECCIÓN 13 Aviso sobre la participación en el intercambio de información de la salud

Blue Shield participa en el intercambio de información de la salud (HIE, por sus siglas en inglés) de **Manifest MedEx**, ya que pone a disposición de Manifest MedEx la información sobre la salud de sus miembros para que los proveedores de atención de la salud autorizados puedan tener acceso a ella. Manifest MedEx es una organización independiente sin fines de lucro, que mantiene una base de datos de las historias clínicas electrónicas de los pacientes en todo el estado. Esta base de datos incluye información sobre la salud que aportan los médicos, los centros de atención de la salud, los planes de servicios de atención de la salud y las compañías de seguros de salud. Los proveedores de atención de la salud autorizados (que incluyen médicos, profesionales de enfermería y hospitales) pueden tener acceso seguro a la información sobre la salud de sus pacientes a través del HIE de Manifest MedEx como apoyo para brindar atención segura y de alta calidad.

Manifest MedEx respeta el derecho a la privacidad que tienen los miembros y cumple con las leyes de privacidad estatales y federales aplicables. Manifest MedEx usa sistemas de seguridad de avanzada y técnicas modernas de cifrado de datos para proteger la privacidad de los miembros y la seguridad de su información personal.

Todos los miembros de Blue Shield tienen derecho a indicarle a Manifest MedEx que no comparta su información sobre la salud con los proveedores de atención de la salud. Si bien el hecho de optar por no participar en Manifest MedEx puede limitar la capacidad de su proveedor para tener acceso rápido a información importante relacionada con su atención de la salud, su seguro de salud o la cobertura de beneficios de su plan de salud no se verán afectados por su elección de no participar en Manifest MedEx. Ningún médico u hospital que participe en Manifest MedEx se negará a brindar atención médica a un paciente que decida no participar en el HIE de Manifest MedEx.

Los miembros que no deseen que su información de atención de la salud aparezca en Manifest MedEx deberán completar un formulario por Internet, disponible en https://www.manifestmedex.org/opt-out, o llamar a Manifest MedEx al (888) 510-7142, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar del Pacífico). Las personas con dificultades auditivas pueden comunicarse mediante TTY al 711.

SECCIÓN 14 Denuncia de fraude, desperdicio y abuso

¿Qué es fraude, desperdicio y abuso (FWA, por sus siglas en inglés)?

- El **fraude** es una declaración falsa intencionada que puede resultar en costos no autorizados para un programa de atención de la salud.
- El **desperdicio** es el uso inadecuado de los fondos o recursos de atención de la salud sin una necesidad justificada para hacerlo.
- El **abuso** es una práctica inconsistente con las buenas prácticas médicas o comerciales que puede resultar, directa o indirectamente, en costos innecesarios para un programa de atención de la salud.

Protéjase y proteja sus beneficios

- Nunca le brinde su número de Seguro Social, Medicare o plan de salud, ni su información bancaria, a un desconocido.
- No brinde su consentimiento para ninguna prueba de laboratorio sin la orden de su médico.
- Es ilegal aceptar cualquier cosa de valor a cambio de servicios médicos.

Esté atento a las pruebas genéticas fraudulentas

Los estafadores abordan a las personas inscritas que son muy confiadas en las ferias de salud locales, los hogares de ancianos, los centros comunitarios, las agencias de atención de la salud en el hogar y otros lugares de confianza para hacer pruebas genéticas fraudulentas. Prometen con falsedad que Medicare pagará por la prueba, y usted simplemente debe hacerse un hisopado bucal y brindar su identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Lamentablemente, estos estafadores ahora tienen su número de Medicare o plan de salud y pueden facturarle a Medicare miles de dólares por pruebas o incluso servicios que usted nunca recibe. También tienen su información genética personal.

Para denunciar un posible fraude, desperdicio y abuso, comuníquese con:

- **La línea directa para denunciar fraudes de Medicare de Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711)** o por correo electrónico a: **MedicareStopFraud@blueshieldca.com**.
- **Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227),** durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: Acción que usted lleva a cabo si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar un pedido de cobertura de servicios de atención de la salud o de medicamentos recetados, o un pedido de pago por servicios o medicamentos 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: Área geográfica donde debe vivir para poder inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que tienen límites sobre los médicos y los hospitales que usted puede usar, también suele ser el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación brindados de manera diaria y continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de este tipo de atención son la terapia física o la colocación de inyecciones intravenosas que pueden ser aplicadas únicamente por un profesional de enfermería registrado o un médico.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios y/o ciertos medicamentos de acuerdo con criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en el formulario, y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de la salud en el hogar: Persona que brinda servicios que no exigen las habilidades de un profesional de enfermería o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico).

Beneficios suplementarios opcionales: Beneficios que no están cubiertos por Medicare, que pueden comprarse mediante el pago de una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Para obtenerlos, debe elegir voluntariamente los beneficios suplementarios opcionales.

Biosimilar: Producto biológico que es muy parecido, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Cancelar la inscripción o **cancelación**: Proceso mediante el cual termina su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA): Si su informe de declaración de impuestos del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) de hace 2 años indica que sus ingresos brutos ajustados y modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) superan cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA). La IRMAA es una tarifa adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, así que la mayoría de las personas no deben pagar una prima más alta.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: Cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Las cantidades que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de costos de bolsillo.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, como servicios de terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios relacionados con las patologías del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Entidad que funciona exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios a personas que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supere las 24 horas.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): El organismo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) es la agencia federal encargada de la administración de Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o una unión) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de

Medicare. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando son elegibles para Medicare, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si más adelante deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Copago: Cantidad que se le puede exigir que pague como su porción del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: Cantidad que posiblemente deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su porción del costo por los servicios o los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible que corresponda.

Costo compartido: Se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de copago fijo que un plan exija cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos; o (3) cualquier cantidad de coseguro (un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento) que un plan exija cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos.

Costo compartido estándar*:* Costo compartido distinto del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: Costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costos de bolsillo: Consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro es la porción que el miembro tiene que pagar por los servicios o los medicamentos recibidos. También se llama “requisito de costos de bolsillo del miembro”.

Cuidado custodial: Atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados para pacientes terminales u otro tipo de centro cuando usted no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado custodial, a cargo de personas sin entrenamiento ni habilidades profesionales, incluye la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o salir de la cama, sentarse o pararse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado custodial.

Cuidados para pacientes terminales: Beneficio que ofrece un tratamiento especial para un miembro que ha sido médicamente diagnosticado como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe brindarle una lista de los centros de cuidados para pacientes terminales disponibles en su área geográfica. Si elige recibir cuidados para pacientes terminales y sigue pagando sus primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, además de los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Deducible: La cantidad que usted debe pagar por la atención de la salud o los medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: Decisión sobre si un medicamento que se le recetó está cubierto por nuestro plan y la cantidad que usted debe pagar (si corresponde) por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le dice que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe comunicarse con nuestro plan por teléfono o por escrito para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones se llaman **decisiones de cobertura**.

Determinación de la organización: Decisión que toma nuestro plan para determinar si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura.

Dispositivos protésicos y ortóticos: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, columna y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluidos los suministros para estomas y tratamientos de nutrición enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad, la invalidez de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema médico que empeora rápidamente.

Equipos médicos duraderos (DME): Ciertos equipos médicos que su médico pide por razones médicas. Por ejemplo, andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros relacionados con la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para ser usadas en el hogar.

Estadía en un hospital para pacientes internados: Estadía en un hospital después de haber sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque quede internado en el hospital hasta el día siguiente, podría ser considerado paciente ambulatorio.

Etapa de Cobertura Inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo en el año alcancen la cantidad límite de gastos de bolsillo.

Etapa de Cobertura para Catástrofes: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o terceros calificados en su nombre) hayan gastado $2,100 por los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que deba pagar un costo compartido por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.

Evidencia de Cobertura (EOC) y revelación de información: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas adicionales u otras coberturas opcionales seleccionadas, describe su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le deja obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción del nivel de medicamento). También puede pedir una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está pidiendo, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no le apliquemos esa restricción o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está pidiendo (una excepción del formulario).

Extra Help (Ayuda Adicional): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los programas de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Facturación del saldo: Situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la cantidad de costo compartido permitida por el plan. Como miembro de Blue Shield 65 Plus Choice Plan, usted solo debe pagar las cantidades de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores **facturen el saldo** ni le cobren de ninguna otra manera una cantidad mayor que el costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren únicamente si la receta se surte en alguna de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real): Portal o aplicación informática que las personas inscritas pueden consultar para obtener información completa, precisa, actualizada, clínicamente adecuada y específica para cada persona inscrita sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye las cantidades de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary Service (Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social les paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, que son ciegas o que tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de costos de bolsillo: Cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: Herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o sobre un período de tiempo determinado.

Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario o Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos recetados que están cubiertos por el plan.

Medicaid (o Ayuda Médica): Programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención de la salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesarios: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su problema médico y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Medicamento genérico: Medicamento recetado aprobado por la FDA porque contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamento seleccionado: Medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos para que no estuvieran cubiertas como medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben cubrirse a través de cada plan.

Medicare: Programa federal de seguros de salud para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y las personas con enfermedad de riñones en etapa final (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (**Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio**): Medicare Original es ofrecido por el Gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades establecidas por el Congreso a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de la salud. Puede ir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la porción que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su porción. Medicare Original se divide en dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Además, está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): Médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar primero a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de la salud.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona que tiene Medicare, que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Cantidad que se agrega a la prima mensual de su plan por la cobertura de medicamentos de Medicare cuando pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está incluido en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): Grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención de la salud que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: Consulte la definición de “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de inscripción abierta: Período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o sus planes de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Período entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial: Tiempo establecido durante el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo la ayuda adicional del programa Extra Help con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez. Si usted es elegible para obtener acceso a Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, que incluye el mes de su cumpleaños y que termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare: Plan administrado por una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) o un plan médico competitivo (CMP, por sus siglas en inglés), de acuerdo con un contrato de reembolso de costos, según lo establecido en la Sección 1876(h) de la ley.

Plan de necesidades especiales: Tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de la salud más enfocada a ciertos grupos de personas, por ejemplo, las que tienen tanto Medicare como Medicaid, viven en un hogar de ancianos o tienen ciertos problemas médicos crónicos.

Plan de salud de Medicare: Se ofrece por medio de una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto o de demostración, y los Programas de Atención Completa para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO): Un plan de una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los brinden proveedores de la red o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido del miembro será mayor si obtiene los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO establecen un límite anual para los costos de bolsillo por los servicios que se obtengan de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para los costos de bolsillo totales combinados por los servicios que se obtengan de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

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

Plan PACE: Un plan del Programa de Atención Completa para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés) combina servicios de atención médica y social, además de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) para personas en estado delicado, con el fin de ayudarlas a valerse por sí mismas y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los beneficios de Medicaid a través de nuestro plan.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de Medicare Original. Las pólizas de Medigap sirven únicamente para Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Precio justo máximo: Precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: Cantidad que se paga periódicamente a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico: Medicamento recetado que se prepara a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que sus formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original: Producto biológico que fue aprobado por la FDA y que sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama “producto de referencia”.

Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM): Programa de la Parte D de Medicare para satisfacer las necesidades de salud complejas de las personas que cumplen con ciertos requisitos o que forman parte de un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios del MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o un proveedor de atención de la salud para revisar los medicamentos.

Programa de Descuentos de Fabricantes: A través de este programa, los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Proporción de costo compartido por día: Es posible que se aplique una proporción de costo compartido por día si su médico le receta un determinado medicamento para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La proporción de costo compartido por día es el copago dividido por la cantidad de días del suministro mensual de un medicamento. Por ejemplo: Si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes según nuestro plan abarca 30 días, entonces su proporción de costo compartido por día será de $1 por día.

Proveedor de la red: **Proveedor** es el término general para los médicos, otros profesionales de atención de la salud, hospitales y otros centros de atención de la salud con licencia o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestros pagos como pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se los llama **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee ni dirige.

Queja: El nombre formal para la presentación de una queja es **presentación de un reclamo**. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas que se hacen cuando nuestro plan no cumple con los tiempos del proceso de apelaciones.

Reclamo: Tipo de queja que usted presenta acerca de nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Esto no incluye disputas relacionadas con la cobertura o con los pagos.

Referencia: Pedido por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicio al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan encargado de contestar a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones.

Servicios cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: 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 la Parte A y la Parte B de Medicare. El término "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como la atención de la vista, la atención dental o la atención de la audición, que un plan Medicare Advantage podría ofrecer.

Servicios de rehabilitación: Servicios que incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, terapia física (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios preventivos: Atención de la salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando el tratamiento tiene más probabilidades de funcionar (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios urgentemente necesarios: Un servicio cubierto por el plan que exige una atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera un servicio urgentemente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o las recaídas inesperadas por enfermedades existentes. Las visitas de rutina a proveedores que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios urgentemente necesarios, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o aunque la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS): Consulte "Extra Help (Ayuda Adicional)".

Tarifa de despacho: Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Tratamiento escalonado: Herramienta que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su problema médico antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente.

Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus Choice Plan

Modo de contacto	Información de contacto de Servicio al Cliente
Tel.	(800) 776-4466 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Servicio al Cliente [(800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711)] también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
Fax	(877) 251-6671
Correo	Blue Shield 65 Plus Choice Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) (SHIP de California)

El HICAP es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratis sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Modo de contacto	Información de contacto
Tel.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200, Sacramento, CA 958333
Sitio web	**https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/**

Declaración de divulgación de la PRA*: Según la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

blueshieldca.com/medicare
Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555