

## Introducción

Nuestra misión en Florida Blue Medicare, Inc. (FBMI) es ayudar a las personas y a las comunidades en su camino hacia una mejor salud. Por eso es importante que sepa cómo nos comprometemos a lograrlo. Aquí se destaca la información más importante sobre su póliza de salud, incluidos sus derechos, cómo tomamos decisiones importantes y consejos sobre cómo aprovechar al máximo sus beneficios. Tómese unos minutos ahora para leer la siguiente información, que está diseñada para ayudarlo a entender mejor su plan. Esta información está disponible en cualquier momento, previa solicitud. Si necesita información específica sobre beneficios, cobertura y coseguro, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

## Sus Derechos

De acuerdo con nuestra misión, ampliamos la siguiente lista de derechos a todos y cada uno de los miembros de Florida Blue Medicare. Usted tiene derecho a:

- Estar informado sobre:
  - Florida Blue Medicare como compañía
  - Los productos que ofrecemos y cómo funcionan
  - Los médicos y proveedores de nuestra red.
  - Sus derechos y responsabilidades como miembro
- Ser tratado por médicos y proveedores que cumplan con nuestros estándares de acreditación.
- Esperar que nuestros médicos y proveedores de la red:
  - Lo traten sin discriminación independientemente de su raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago
  - Hablen con usted sobre todas sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
  - Lo traten como un socio que participa en las decisiones importantes relacionadas con su atención médica.
- Ser tratado de manera cortés por Florida Blue Medicare.
- Ser tratado con respeto y reconocer su dignidad y derecho a su privacidad.
- Expresar sus quejas y apelar decisiones médicas o administrativas desfavorables usando los procedimientos de apelación o queja que aparecen en su Evidencia de Cobertura
- Rechazar el tratamiento con la expectativa de que el proveedor tomará en cuenta su decisión
- Acceder a sus registros y permanecer protegido como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad
- Comunicarse con nosotros en cualquier momento usando la información que aparece en su tarjeta de identificación si tiene comentarios, preguntas, observaciones o recomendaciones si algo le gusta del plan o si siente que hay un problema.

## Sus Responsabilidades

Realmente no podemos cumplir nuestra misión sin que exista una asociación con usted. Como miembro de Florida Blue Medicare, usted será responsable de:

- Acudir a su médico de cabecera (primary care physician, PCP) para recibir toda la atención que no sea de emergencia y trabajar junto con todas las personas involucradas en su atención y tratamiento.
- Respetar los derechos, la propiedad, la comodidad, el medio ambiente y la privacidad de otras personas y no actuar de manera perjudicial.
- Participar activamente en su salud al:
  - Hacer su mejor esfuerzo para entender sus problemas de salud y participar con su equipo de atención en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados
  - Comprometerse a seguir los planes e instrucciones de atención lo mejor que pueda
  - Proporcionar información precisa y completa sobre sus problemas de salud y su historial médico.
- Pagar copagos y servicios no cubiertos y mantener actualizado a su médico sobre su estatus de inscripción

- Seguir los procedimientos establecidos si necesita presentar una queja o apelación
- Solicitar sus registros médicos de acuerdo con las reglas y procedimientos de Florida Blue Medicare y de la ley aplicable.
- Seguir las reglas de acceso a la cobertura de Florida Blue Medicare como se describe en su Constancia de Cobertura
- Notificarnos si se muda.

### Su Confidencialidad

Respetamos su privacidad, por lo que hemos diseñado políticas y procedimientos para proteger su información personal en todas sus formas: oral, escrita y electrónica. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si necesita otra copia, puede visitar nuestro sitio de Internet o llamarnos al número que aparece en el reverso de su tarjeta de miembro.

### Cómo Tomamos Decisiones Sobre las Nuevas Tecnologías

Evaluamos continuamente los nuevos avances médicos para decidir cuáles se pueden agregar a su paquete de beneficios de atención médica. Antes de agregarlos, observamos que se ha demostrado que los procedimientos y dispositivos son seguros y efectivos al cumplir con ciertos criterios, entre ellos:

- Aprobación de una agencia reguladora apropiada, como la Administración de Alimentos y Medicinas de EE. UU.
- Evidencia científica de un mejor resultado del paciente cuando se usa en el entorno médico habitual, no solo en un entorno de investigación
- Beneficio para el paciente que es igual o mejor que el de las alternativas establecidas

Durante este proceso, consultamos fuentes de expertos que incluyen estudios clínicos publicados de revistas científicas respetadas y médicos de varias organizaciones de especialidades médicas.

Debido a que nos esforzamos por cubrir solo los tratamientos que han demostrado ser seguros y efectivos para una enfermedad o afección en particular, Florida Blue Medicare no cubre los servicios experimentales o de investigación hasta que hayan sido validados y aceptados por Medicare para cobertura. Una vez que Medicare comienza a cubrir un nuevo tratamiento, dispositivo o servicio, también debemos cubrirlo.

### Todo sobre los Médicos de Cabecera

*¿Por qué son tan buenos?*

Cuando tiene una relación continua con un médico de atención primaria (primary care physician, PCP), les da la oportunidad de conocerlo realmente a usted y a su historial de salud. Después, cuando necesite visitar a un especialista, ellos pueden ayudarlo a encontrar uno basado en su conocimiento de usted y sus necesidades específicas de atención médica. La atención primaria también generalmente le cuesta menos dinero.

*Consejos útiles para conocer a un nuevo médico.*

Si aún no ha elegido un PCP, se le asignará uno. Puede llamarnos o puede cambiar su PCP por Internet en cualquier momento: inicie sesión en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare) después haga clic en la pestaña Mi cuenta. El cambio de PCP entrará en vigencia el primer día del siguiente mes calendario.

No es necesario que espere hasta estar enfermo para consultar a su nuevo médico o equipo de atención. Programe una visita de bienestar para revisar su historial médico, incluidas las medicinas que ha tomado y que está tomando. Durante esta visita:

- Comparta cualquier necesidad especial que pueda tener, como un intérprete de idiomas.
- Escriba sus preguntas y tráigalas a su próxima visita al consultorio. Si no entiende las respuestas, pídale al médico o a la enfermera que le las expliquen.
- Establezcan juntos metas físicas, emocionales y sociales.
- Trate de aprender más sobre su salud y cómo mejorarla.

## Encontrar un Médico

Puede iniciar sesión en nuestro directorio de proveedores por Internet para encontrar un médico que satisfaga sus necesidades:

- [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)
- Recursos y Herramientas
- Opciones Adicionales
- Encontrar un Médico

Tanto el directorio de proveedores por Internet como el impreso proporcionarán detalles sobre las especialidades de un médico, números de teléfono, direcciones, idiomas que hablan y cualquier límite de edad para los pacientes. Si desea verificar la educación, las credenciales de licencia o la certificación de la junta, puede hacer clic en el sitio de Internet de cada médico a través del directorio por Internet o llame al Departamento de Salud al 850-488-0595.

Incluso si un médico aparece en el directorio, siempre es una buena idea llamar al consultorio y verificar que acepta su plan antes de hacer una cita.

Para presentar una queja o verificar el estado de una acción disciplinaria contra un médico, llame al Centro de Información de la Agencia de Administración de Atención Médica (Agency for Health Care Administration Information Center) al 888-419-3456.

---

## La Calidad es Importante

Visite el sitio de Internet de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agency for Health Care Administration) para buscar información específica sobre un proveedor, incluida la cantidad de cirugías que ha llevado a cabo en un hospital en particular, si tiene seguro médico y cuándo se graduó de la universidad.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid tienen un [sitio de Internet para comparar hospitales](#) que proporciona información sobre la calidad de la atención de los hospitales en su región y los tratamientos que brindan para diversas afecciones médicas. El directorio de proveedores por Internet proporciona enlaces a hospitales enumerados en Hospital Compare.

## Referidos y Autorizaciones

### ¿Necesito un referido para recibir atención de un especialista?

Necesitará un referido de su PCP antes de visitar a la mayoría de los especialistas que participan en la red de su plan. Las excepciones incluyen los siguientes proveedores de la red: Quiroprácticos, dentistas, dermatólogos, podólogos, proveedores ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias, proveedores de servicios de visión y audición de rutina y ginecólogos para servicios de salud preventivos y de rutina. (Para obtener una lista completa, consulte su Evidencia de cobertura). Para todos los demás especialistas necesitará un referido de su PCP.

Su PCP puede consultar con nosotros sobre la cobertura o los beneficios y con el especialista para coordinar su atención. Esto le brinda continuidad en el tratamiento por parte del médico que esté más familiarizado con su historial de salud y que comprenda su perfil de salud total.

### ¿Necesito un referido o una autorización previa para una hospitalización?

Puede haber ocasiones en que su PCP necesite referirlo a un hospital u otro centro contratado para recibir atención. En estos casos, el centro o el consultorio de su PCP se comunicarán con Florida Blue Medicare para obtener la confirmación de que estos servicios han sido autorizados y aprobados antes de que reciba atención por parte del centro. La atención que no sea de emergencia/no urgente no estará cubierta en la mayoría de los establecimientos en donde no haya sido autorizada.

Otros servicios que pueden requerir una autorización previa incluyen:

- Ciertos servicios y suministros para la diabetes;
- Atención en centros de cuidados médicos especializados.
- Atención médica en el hogar.
- Servicios de ambulancia, excepto en casos de emergencia;
- Servicios de terapia ocupacional/física/del habla;
- Ciertos tipos de equipos médicos duraderos, prótesis/aparatos ortopédicos y suministros médicos.

Para obtener una lista completa, consulte su *Constancia de Cobertura*.

Si tiene preguntas sobre qué servicios están cubiertos por la autorización, como la cantidad de visitas o días aprobados; el plazo para estos servicios; el establecimiento mencionado o la fecha de inicio/vencimiento de la autorización, comuníquese con Servicios para Miembros o pida al personal de su PCP que le explique.

### Servicios y Atención de Emergencia: ¿Qué Sucede si Tengo una Emergencia?

Si tiene una emergencia médica:

- Busque ayuda lo más pronto posible. Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia, en caso de ser necesario. No necesita obtener aprobación ni un referido de su PCP de antemano.
- Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre la emergencia. Debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos e informarnos sobre su atención de emergencia, normalmente en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Atención al Cliente al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de miembro. Si necesita servicios y atención de emergencia como resultado de una afección médica de emergencia, deberá pagar solo el copago, el coseguro y/o el deducible, si corresponde, que aparecen en su *Evidencia de Cobertura*.
- Si ingresa en el hospital como paciente interno en el momento de la visita a la sala de emergencia (ER), no aplicará el copago de la sala de emergencia, pero usted seguirá siendo responsable del copago del hospital y de cualquier deducible.
- La atención de seguimiento debe ser proporcionada por su PCP o por un especialista de la red. Si le dicen que necesita atención de seguimiento después de su visita a la sala de emergencia, asegúrese de comunicarse primero con su PCP. Es posible que su plan no cubra cualquier atención de seguimiento que reciba de un médico que no sea su PCP o de un médico a quien su PCP lo refirió.
- Si acude a una sala de emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicio de su red, muestre su tarjeta de miembro. Dependiendo de la política de facturación del hospital, la factura por servicios y atención de emergencia se enviará directamente a Florida Blue Medicare o a usted. Si recibe una factura por servicios y atención de emergencia, envíe la factura sin pagar a Florida Blue Medicare con una explicación sobre la naturaleza de la emergencia. Encontrará nuestra dirección en su tarjeta de miembro. Para obtener información sobre el copago o el coseguro de la sala de emergencia, consulte su *Constancia de Cobertura*.
- A excepción del transporte de emergencia, su plan también cubre el servicio de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que deba pagar el 100% de los cargos en el momento en que recibe el servicio y luego presentar copias de sus recibos para la consideración del reembolso. Se requerirá comprobante de pago, traducciones y conversión de moneda con el envío de su reclamo. **La ambulancia y otros servicios de transporte no pueden estar cubiertos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.**

### Servicios de Atención de Urgencia

#### ¿Qué Hago cuando el Consultorio de mi Médico está Cerrado?

Para necesidades de atención que no son no críticas, pero son urgentes, puede reducir los gastos a su cargo y, en muchos casos, su tiempo de espera para recibir atención si acude a un centro de atención de urgencias. Todos los centros de atención de urgencias mantienen un horario extendido entre semana y fines de semana y están cubiertos al mismo costo compartido, independientemente de si están dentro o fuera de la red. Los centros de atención de urgencias tratan afecciones que no son de emergencia, tales como:

- Picaduras/Mordeduras de animales.
- Cortes, raspaduras y heridas leves.
- Quemaduras leves.
- Irritaciones o infecciones oculares leves.
- Erupciones provocadas por hiedra venenosa.
- Torceduras, esguinces, dislocaciones y fracturas leves.

Para ver una lista de las Clínicas de Atención de Urgencias en su red, vaya al enlace Busca un Médico en [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)

### Servicios para el Manejo de Enfermedades/Manejo de Casos Complejos

Florida Blue Medicare tiene servicios de Administración de Casos Complejos, Administración de Casos y Administración de Enfermedades para ayudar a los miembros, así como a sus familias y cuidadores, con problemas de salud graves y a largo plazo. Al identificar los problemas a tiempo, tenemos la oportunidad de ayudarlo mejor con una atención médica económica y de calidad. Los servicios son voluntarios y se ofrecen sin costo adicional. Cuando tenga preguntas sobre los servicios o tratamientos de atención médica o necesite ayuda que le guíe a través del sistema de atención médica, llame al 1-800-955-5692 y elija la opción #4.

### Servicios de Salud Mental o Salud del Comportamiento

New Directions administra los beneficios de salud mental y del comportamiento según lo especificado en el contrato de su plan. Su equipo incluye psiquiatras, psicólogos y terapeutas con licencia. Hay tres maneras de hacer una cita con un profesional de salud mental de New Directions:

- Llame a su PCP
- Elija un proveedor participante de nuestro directorio de proveedores por Internet
- Llame a New Directions directamente al 1-866-287-9569, las 24 horas del día, los siete días de la semana

New Directions sigue los estándares de NCQA con respecto a su capacidad para comunicarse con un proveedor fácilmente y para obtener una cita de manera oportuna. Su comité de mejora de la calidad aborda continuamente áreas relacionadas con la satisfacción general de los miembros. Para obtener información sobre su programa de mejora de la calidad, incluida una descripción del programa y un informe de progreso sobre el cumplimiento de sus objetivos, llame al 1-866-287-9569. Para TTY, llame al Servicio de Retransmisión de Florida al 1-877-955-8773.

### ¿Cómo estoy cubierto si viajo fuera del estado de Florida?

Los planes brindan cobertura de emergencia y cobertura para atención de urgencia.

Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

La atención de urgencia es la atención brindada para tratar una enfermedad, una lesión o una afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, cuando la red de proveedores del plan no está disponible o no se puede acceder temporalmente.

Es posible que los miembros deban pagar el 100% de los cargos en el momento en que le brinden atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Después puede presentar reclamaciones para recibir el reembolso.

Según las reglas de Medicare Advantage, si los miembros están ausentes del área de servicio por más de seis meses, deben ser dados de baja.

### ¿Cómo presento una Reclamación?

Siempre muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios de atención médica. Cuando reciba servicios médicos cubiertos y use proveedores que tengan un contrato con Florida Blue Medicare, no tendrá que presentar ningún formulario de reclamación. Los proveedores con contrato ya han recibido el pago por los servicios o bien presentarán las reclamaciones en nombre del miembro.

Si recibe servicios y atención médica de emergencia de un proveedor que no tiene contrato con Florida Blue Medicare, es posible que deba enviar copias de su factura y documentación de cualquier pago que haya hecho a Florida Blue Medicare a la dirección que aparece en su tarjeta de miembro. Llame primero a Servicios para Miembros para determinar si se ha presentado o no un reclamo.

Debe enviarnos su reclamación durante los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



## ¿Cómo me comunico con Servicios para Miembros?

Llame al **1-800-926-6565** de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, cinco días a la semana. Deberá dejar un mensaje los sábados, los domingos y los feriados federales. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773. Las llamadas a estos números son gratuitas.

## Servicios de Intérpretes en Varios Idiomas

Tenemos servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su plan. Para comunicarse con un intérprete, simplemente llámenos al 1-800-926-6565. Recibirá ayuda en el idioma que necesite. Este servicio es gratuito.

## Cómo Hacer Saber mis Deseos: ¿Qué sucede si estoy incapacitado?

Si está incapacitado y no puede tomar decisiones sobre su atención médica, puede hacer saber sus deseos si tiene instrucciones anticipadas. Esto asegura que su médico, el centro de atención médica y cualquier otra persona que tenga que tomar una decisión sobre su tratamiento médico sepan lo que usted desearía. Un poder para el tratamiento médico deseado en el futuro (advance directive) es una declaración oral o escrita firmada en presencia de testigos que indica sus elecciones y preferencias con respecto a la atención médica. Se conserva su derecho a aceptar o rechazar la atención médica, incluso si no puede hablar por sí mismo. A continuación, le damos ejemplos:

- Un testamento en vida
- La designación de un sustituto para cuidados de la salud (una persona que tiene un poder limitado para tomar decisiones)
- Un poder notarial duradero para la atención médica (una persona se convierte en un apoderado y puede tomar todas las decisiones con respecto a su atención)
- Una orden de no resucitar

Puede obtener información sobre las instrucciones anticipadas de las siguientes fuentes:

- Su médico u otro proveedor de cuidados de la salud
- Su hospital o centro de enfermería especializada local
- El sitio de Internet de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA), [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) proporciona información descargable, formularios y una tarjeta que puede llevar en la billetera

Proporcione una copia de su poder para el tratamiento médico deseado en el futuro a los miembros de la familia y a todos sus médicos para que se convierta en parte de su registro médico. También recomendamos mantener una copia en la guantera de su carro. Si necesita más información, comuníquese con su representante de Servicios para Miembros, con su médico o con un hospital local.

Si tiene quejas relacionadas con el incumplimiento de los requisitos de la directiva anticipada, puede comunicarse con AHCA:

Agency for Health Care Administration  
Subscriber Assistance Program  
2727 Mahan Drive  
Tallahassee, FL 32308

## ¿Cómo maneja y protege Florida Blue Medicare mi experiencia de atención médica?

### Administración de la Utilización

La Administración de la Utilización (Utilization Management, UM) es parte de nuestro proceso de manejo de beneficios y en este momento incluye actividades como autorizaciones, revisión concurrente, planificación del alta, revisión retrospectiva y el programa de gestión de casos.

El proceso de autorización está diseñado para revisar y registrar los ingresos hospitalarios para pacientes hospitalizados y otros servicios (por ejemplo, servicios ambulatorios, cirugía en el consultorio, medicinas autoinyectables, etc.) para determinar la idoneidad médica y la cobertura de su plan.

El proceso de revisión concurrente está diseñado para que las enfermeras/ los coordinadores de revisión concurrente puedan evaluar y controlar su(s) admisión(es) hospitalaria(s) durante su estadía.

La planificación del alta está diseñada para proporcionar un alta oportuna y adecuada del hospital de cuidados graves a su hogar o un centro alternativo apropiado.

La revisión retrospectiva es una evaluación de la idoneidad médica de la atención / servicios que ya recibió.

Administración de Casos (Case Management) es un programa voluntario que Florida Blue Medicare puede poner a su disposición si tiene una condición catastrófica o crónica. Para preguntas relacionadas con Administración de la Utilización/ Administración de Casos, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de miembro.

### **Política de Incentivo Financiero del Proveedor**

Tenemos la siguiente política de incentivos financieros para proveedores. Está diseñado para ayudar a los profesionales, proveedores, empleados y supervisores involucrados, o que supervisan a aquellos involucrados, a tomar decisiones de revisión de utilización y/o administración de utilización de la cobertura y los beneficios. La Administración de la Utilización y/o la toma de decisiones de revisión de la utilización se basa solo en:

- La idoneidad de la atención y el servicio (es decir, la necesidad médica) que están vigentes en el momento del servicio; y si el artículo está cubierto por su plan de Medicare.

Florida Blue Medicare es la única responsable de determinar si los gastos incurridos (o por incurrir) o la atención médica están (o estarían) cubiertos o pagados bajo un contrato o póliza.

Al cumplir con esta responsabilidad, no se considerará que Florida Blue Medicare participe o anule las decisiones médicas del profesional o del proveedor de ningún miembro.

Florida Blue Medicare no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas que llevan a cabo la administración de la utilización y/o la revisión de uso por la negación de cobertura o beneficios

Los incentivos financieros para la administración de la utilización y/o la toma de decisiones de revisión de la utilización no alientan las decisiones que resultan en una subutilización. La intención es minimizar la cobertura y el pago de servicios de atención médica innecesarios o inapropiados, reducir el desperdicio en la aplicación de recursos médicos y minimizar las ineficiencias que pueden conducir a la inflación artificial de los costos de atención médica.

### **¿Cómo me comunico con Florida Blue Medicare si tengo un problema o una inquietud sobre mi cobertura?**

Florida Blue Medicare cuenta con procesos para abordar los problemas o inquietudes que pueda tener sobre la cobertura de su plan, las decisiones de pago que tomamos y la calidad de la atención que recibe. El Capítulo 2 de su "*Evidencia de Cobertura*" contiene información sobre cómo comunicarse con nosotros para informar acerca de un problema. El Capítulo 9 de la "*Evidencia de Cobertura*" proporciona información detallada sobre los procesos que debe usar para informar y resolver diferentes tipos de problemas y preocupaciones.

Florida Blue Medicare, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Medicare, una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association ofrece la cobertura HMO.

© 2021 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.