Del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Evidencia de cobertura

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de SeniorCare Advantage (HMO)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, SeniorCare Advantage (HMO), es ofrecido por Scott and White Health Plan. (En esta *Evidencia de cobertura*, los pronombres "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a Scott and White Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a SeniorCare Advantage (HMO).)

SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Este documento se encuentra disponible, sin cargo, en español y vietnamita.

Para obtener información adicional, comuníquese con el Servicio al cliente, al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989). El horario de atención es de 7 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Esta información también está disponible en distintos formatos, (por ej., en tamaño de letra grande).

Los beneficios, la prima, el deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2019.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura de 2018

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que busca, consulte la primera página de un capítulo. Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro.....8

En este capítulo, se explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. También se detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes.....27

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (SeniorCare Advantage (HMO)) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 45

En este capítulo, se explican conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).....58

En este capítulo, se proporcionan detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También se explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....108

En este capítulo, se explican las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Se detallan los tipos de medicamentos que no están cubiertos. Se explican los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Se explica cómo obtener sus medicamentos con receta.

Además, se indican los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 133

En este capítulo, se explican las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos *(Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas)* y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También se detallan los cinco niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7 Cómo solicitarle al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de medicamentos o servicios médicos cubiertos 151

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades 159

En este capítulo, se describen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Se explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 172

En este capítulo, se describe paso a paso lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en el plan 225

En este capítulo, se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11 Avisos legales 235

En este capítulo, se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes 237

En este capítulo, se explican los términos clave utilizados en este folleto.

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1.
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 8
Sección 1.1 Está inscrito en SeniorCare Advantage (HMO), que es una HMO de Medicare 8
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? 8
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 8
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 9
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 9
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 9
Sección 2.3 Esta es el área de servicio para SeniorCare Advantage (HMO) 9
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 10
SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 10
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos 10
Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 11
Sección 3.3 *Directorio de farmacias*: Su guía para conocer las farmacias de nuestra red 12
Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 12
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D 12
SECCIÓN 4 Su prima mensual del Plan SeniorCare Advantage (HMO) 13
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 13
SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 15
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 16
SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17
Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D? 17
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la parte D? 18
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 18
SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 18
Sección 7.1 Puede pagar la prima de su plan de muchas maneras 19

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 21
SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....22
Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted.....22
SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 23
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....23
SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 23
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....23

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en SeniorCare Advantage (HMO), que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, SeniorCare Advantage (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. SeniorCare Advantage (HMO) es un Plan HMO Medicare Advantage (HMO significa, en inglés, organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener la cobertura de la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta que están a su disposición como miembro de SeniorCare Advantage (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Servicio al cliente del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo SeniorCare Advantage (HMO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que esté inscrito en SeniorCare Advantage (HMO), desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de SeniorCare Advantage (HMO) después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años el plan SeniorCare Advantage (HMO) Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:

- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare);
- -- *y* -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio);
- -- *y* -- sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal;
- -- *y* -- no padezca enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas; por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (por ejemplo, equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio para SeniorCare Advantage (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, SeniorCare Advantage (HMO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet,

Coryell, Falls, Fayette, Freestone, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, McLennan, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington, y Williamson.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse presentes en Estados Unidos de forma legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a SeniorCare Advantage (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este criterio. SeniorCare Advantage (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, en caso de que corresponda. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que pueda ver cómo será la suya:

Mientras sea miembro de nuestro plan, **no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (salvo los estudios de investigación clínica de rutina y los

servicios de un hospicio). Guarde la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de SeniorCare Advantage (HMO), usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

En el *Directorio de proveedores* se indican los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. También puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web advantage.swhp.org.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo pocas excepciones, mientras sea un miembro de nuestro plan, se le puede exigir que use proveedores dentro de la red para obtener su atención médica y sus servicios. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentra disponible (en general, cuando está fuera del área de servicio), los servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en los que SeniorCare Advantage (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de servicio.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En el Servicio al cliente, puede obtener más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el Directorio de proveedores en advantage.swhp.org o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 *Directorio de farmacias*: Su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2018 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Servicio al cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en advantage.swhp.org.

Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la denominamos la “Lista de medicamentos”. Indica cuáles son los medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en SeniorCare Advantage (HMO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de SeniorCare Advantage (HMO).

La Lista de medicamentos también le informa sobre las normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos a pedido. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (advantage.swhp.org) o llamar al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos de los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

En la *Explicación de Beneficios de la Parte D* se informa la cantidad total que usted u otros en su nombre gastaron en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

El resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual del Plan SeniorCare Advantage (HMO)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Como afiliado de nuestro plan, debe pagar una prima mensual. Para el año 2018, la prima mensual para el plan SeniorCare Advantage (HMO) será de $55. Adicionalmente, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede que no se aplique a su caso**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este folleto adjunto, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente.)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto que figura anteriormente en la Sección 4.1. A continuación se describen dichos casos.

- Si se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). La prima del beneficio complementario opcional odontológico es de $17 por mes.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto correspondiente a la multa dependerá del tiempo que haya dejado pasar antes de inscribirse en la cobertura para medicamentos o de la cantidad de meses en los que no tuvo cobertura para medicamentos después de haberse determinado que era elegible. En la Sección 5 del Capítulo 1, se explica qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la parte D si en cualquier momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La "cobertura acreditable de medicamentos con receta" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El monto de la multa depende de cuánto tiempo esperó para inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos recetados acreditable en algún momento después de finalizar el período de inscripción inicial o cuántos meses calendario completos estuvo sin cobertura para medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la parte D se agrega a su prima mensual Cuando se inscribe por primera vez en SeniorCare Advantage (HMO), le comunicamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta por no pagar la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior. Para 2018, el monto promedio de la prima es de $35.02.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por $35.02, lo que es igual a $4.9028. Que se redondea en $4.90. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (determinada por Medicare) aumenta, su multa se incrementará.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare le llama a esto **“cobertura de medicamentos acreditable”**. Tenga en cuenta que:

- La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Todos los años, su asegurador o Departamento de Recursos Humanos le indicará si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que esta información se incluya en una carta o en un folleto informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - Tenga en cuenta que: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados "acreditable" que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.
- Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You 2018* (Medicare y usted 2018) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso personal es de $85,000 o más (o personas casadas que lo completan de manera separada) o $170,000 o más para las parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés), como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan.

La tabla que aparece a continuación muestra el monto adicional conforme a sus ingresos.

Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2016 fue:	**Si estaba casado/a pero presentó una declaración de impuestos separada y su ingreso en 2016 fue:**	**Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2016 fue:**	**Este es el costo mensual del monto adicional de la Parte D (a pagarse además de la prima del plan)**
Igual o inferior a $85,000	Igual o inferior a $85,000	Igual o inferior a $170,000	$0
Superior a $85,000 e inferior o igual a $107,000		Superior a $170,000 e inferior o igual a $214,000	$13.00 más la prima de su plan

Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2016 fue:	**Si estaba casado/a pero presentó una declaración de impuestos separada y su ingreso en 2016 fue:**	**Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2016 fue:**	**Este es el costo mensual del monto adicional de la Parte D (a pagarse además de la prima del plan)**
Superior a $107,000 e inferior o igual a $133,500		Superior a $214,000 e inferior o igual a $267,000	$33.60 más la prima de su plan
Superior a $133,500 e inferior o igual a $160,000	Superior a $*[pendiente de CMS]* e inferior o igual a $*[pendiente de CMS]*	Superior a $267,000 e inferior o igual a $320,000	$54.20 más la prima de su plan
Superior a $160,000	Superior a $85,000	Superior a $320,000	$74.80 más la prima de su plan

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la parte D?

Si está en desacuerdo en pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por ello, algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales; esto se conoce como montos de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. Si su ingreso personal es mayor a $85,000 (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o mayor a $170,000 para las parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en nuestro plan se cancelará y usted perderá su cobertura para medicamentos con receta.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar https://www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY users should call 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En su copia del documento *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018), se incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada “Costos de Medicare de 2018”. Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018) del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Puede pagar la prima de su plan de muchas maneras

Hay cinco maneras en las que puede pagar la prima de su plan. Comuníquese con el Servicio al cliente a los números de teléfono que se indican en la parte posterior de este folleto para hablar sobre las opciones de pago y el procedimiento para modificar esa opción.

Si decide cambiar su método de pago de la prima, puede demorar hasta 3 meses para que se efectúe el cambio. Mientras procesamos su solicitud para el nuevo método de pago, usted debe asegurarse de que se pague la prima de su plan a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede enviar el pago a:
Scott and White Health Plan
P. O. Box 847473
Dallas, TX 75284-7473

Pague su prima a través del correo postal con un cheque personal, cheque de caja o giro postal.

- Extienda el cheque/giro postal a nombre de Scott and White Health Plan.
- Incluya su identificación de miembro en el pago.
- Incluya el cupón de pago que se adjuntó a su factura.
- Envíe el pago al menos cinco días hábiles antes de la fecha de vencimiento para garantizar que se contabilice a tiempo.
- Envíe el pago a la dirección que figura en la factura.

Los pagos de las primas vencen el 1.° de cada mes. Los cheques deben extenderse a nombre de "Scott and White Health Plan" y no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Opción 2: Débito automático de la cuenta bancaria

En lugar de pagar con cheque, usted puede hacer que el pago de su prima mensual del plan se debite automáticamente de su cuenta bancaria El débito automático de las cuentas bancarias se realiza entre los días 4 y 9 de cada mes. Puede dirigirse a nuestro sitio web swhp.org para abonar o configurar los pagos mensuales.

Opción 3: Puede pagar en línea

Los pagos en línea o pagos electrónicos (E-Pay) pueden hacerse a través de nuestro portal de miembros en www.swhp.org. Es necesario crear una cuenta individual para iniciar sesión. Una vez creada, seleccione Realizar un pago y siga los pasos. El pago puede hacerse con tarjeta de crédito o cuenta bancaria. También está la opción de configurar pagos recurrentes.

Opción 4: Puede pagar por teléfono

Puede iniciar un pago con su cuenta bancaria o tarjeta de crédito por teléfono llamando al 1-844-722-6251. Tenga a mano el número de cuenta/ruta bancario o la información de la tarjeta de crédito porque se le solicitará que ingrese estos datos.

Opción 5: Puede elegir que la prima de su plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede elegir que la prima de su plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Contáctese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan mediante esta opción. Con gusto le ayudaremos a gestionar este método de pago. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

Debemos recibir el pago de la prima de su plan el primer día del mes. Si no lo hemos recibido el día 10 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía se cancelará si no recibimos la prima de su plan dentro de un periodo de 60 días. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagarla para mantener la cobertura de sus medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, contáctese con el Servicio de atención al cliente para analizar su inclusión en algún programa que le ayude con la prima de su plan. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Si cancelamos su membresía porque no realizó el pago de la prima de su plan, tendrá cobertura médica a través de Medicare Original.

Si cancelamos su membresía en el plan debido a la falta de pago de la prima de su plan, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura para medicamentos. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos “acreditable”, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es probable que nos deba la prima que aún no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago de la prima que nos deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 10 del capítulo 9 de este folleto explica cómo realizar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-866-334-3141 de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989. Debe realizar su solicitud antes de los 60 días después de la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que cambie la parte de la prima que usted tiene que pagar. Esto puede suceder si usted pasara a calificar para el programa de “Ayuda Adicional” o si perdiera su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad

durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual en su totalidad. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de afiliación contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, una compensación laboral o Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio clínico de investigación.

Si hay algún cambio, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden quién paga en primer lugar, si nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas normas se aplican para el plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura del plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o ESRD:
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
    - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de que usted haya calificado para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan en primer lugar los servicios relacionados con cada tipo de situación:

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

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

Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2.
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de SeniorCare Advantage (HMO)** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al cliente del plan) **.....27**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **.....31**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **.....33**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **.....34**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **.....35**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y el gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **.....36**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta** **.....37**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios** **.....41**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?** **.....41**

SECCIÓN 1 Contactos de SeniorCare Advantage (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de SeniorCare Advantage (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Servicio al cliente
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación oral gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado o sus medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones sobre atención médica o sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Método	Apelaciones sobre atención médica o sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene un problema con la cobertura o el pago del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas sobre su atención médica o sobre sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Método	Quejas sobre su atención médica o sobre sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).*

Tenga en cuenta que: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	1-866-334-3141 De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage tales como nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Ofrece información sobre la condición de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre SeniorCare Advantage (HMO): • **Informe sobre su queja a Medicare:** Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www. medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O puede llamar a Medicare y solicitar la información que desea. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare, al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, al SHIP se lo denomina Programa de asesoramiento, defensa e información sobre la salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) de Texas.

Este programa es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de asesoramiento, defensa e información sobre la salud (HICAP) de Texas pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-3439
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance, Mail Code 111-1A 333 Guadalupe Austin, TX 78701-9104
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

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

La KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. La KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

En cualquiera de los siguientes casos, debe ponerse en contacto con la KEPRO:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	KEPRO: Organización para la mejora de la calidad de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-844-430-9504 Días de semana: de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y feriados: de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr, Ste 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta del seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer gestiones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y el gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del estado y el gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información acerca de Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-252-3439 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Health and Human Services Consumer Protection Mail Code: 111-1A 333 Guadalupe Austin, TX 78701-9104
SITIO WEB	www.hhs.state.tx.us

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Adicional" para pagar los costos de medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluyen su vivienda ni su vehículo. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la "Ayuda Adicional". Algunas personas califican automáticamente para la "Ayuda Adicional" y no es necesario que la soliciten. Medicare envía una carta por correo a quienes califican de manera automática para la "Ayuda Adicional".

Usted puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si obtiene un medicamento con receta y cree que su nivel de copagos es más alto que el que establece su condición de elegibilidad, entregue a la farmacia una copia de cualquier documentación que tenga que indique su condición de copago inferior. Su farmacia puede llamar al centro de asistencia de farmacia de Scott & White Health Plan, al 1-800-728-7947. Se le pedirá a su farmacia que envíe copias por fax a Scott & White Health Plan de cualquier prueba que usted pueda brindar para justificar su elegibilidad para una condición de costo compartido/copago inferior, al 1-254-298-3535.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera su copago como una deuda de su parte, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Programa de Descuento durante la Interrupción de la Cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que no estén recibiendo "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el 50% de descuento que ofrecen los fabricantes excluye la tarifa de suministro para los costos en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 35% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período de interrupción de la cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando una farmacia le facture por su receta y su Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (15 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período de interrupción de la cobertura, el plan paga el 56% del precio por los medicamentos genéricos y usted el 44% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período de interrupción de la cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que SeniorCare Advantage (HMO) no tiene un período sin cobertura, los descuentos descritos en el presente no se le aplican.

En su lugar, el plan sigue cubriendo sus medicamentos al costo compartido regular hasta que califique para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 5 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o acerca del Programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)?

Si se inscribe en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier programa que brinde cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), obtendrá igualmente el 50 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 15 % de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. Tanto el 50 % de descuento como el 15 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA de Texas (THMP). Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro.

Si actualmente está inscrito en el ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Puede contactarse con el Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA de Texas (THMP) al 1-800-255-1090 o ingresar en el sitio web http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para poder pagar los costos de los medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda adicional”, usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado la Etapa del período de interrupción de la cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios* de la Parte D (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios* de la Parte D, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener información para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

En muchos estados, existen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a las personas.

En Texas, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica son el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de VIH de Texas y el Programa de Atención de la Salud de los Riñones.

Método	Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) de VIH de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090, ext.: 3004
TTY	711
ESCRIBA A	Texas HIV State Pharmacy Assistance Program P.O. Box 149347, MC 1873 Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

Método	Programa de Atención de la Salud de los Riñones de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Kidney Health Care Program (KHC) Department of State Health Services MC 1938 P. O. Box 149347 Austin, Texas 78714-9347
SITIO WEB	www.dshs.state.tx.us/kidney/default.shtm

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. Si tiene un teléfono de tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted o su cónyuge reciben beneficios de su empleador o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al Servicio al cliente o al administrador de beneficios de su empleador o sindicato si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

Capítulo 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Capítulo 3.
Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 44

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 44

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 44

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica 45

Sección 2.1 Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 45

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 46

Sección 2.3 Como obtener atención de proveedores fuera de la red 47

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 47

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica 47

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios 49

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 49

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 50

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 50

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 50

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 51

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 51

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 52

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” 53

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 53

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan? 53

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 54

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 54

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la cobertura de atención médica. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

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

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

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

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

Como un plan de salud de Medicare, SeniorCare Advantage (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

SeniorCare Advantage (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). A continuación, indicamos tres excepciones:
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentes que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para ver qué significan los servicios de emergencia y urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare exija que nuestro plan debe cubrir y los proveedores dentro de nuestra red no puede brindar esta atención, puede recibir dichos servicios de un proveedor fuera de la red. En estos casos, se debe obtener autorización de Scott and White Health Plan antes de recibir los servicios fuera de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención médica por parte de un proveedor dentro de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para ver un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica

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

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

Se insta a los miembros de SeniorCare Advantage (HMO) a seleccionar un médico de atención primaria (PCP), pero no necesitan remisiones a especialistas. Los PCP son profesionales de salud que cumplen con las exigencias estatales y que están capacitados para brindarle la atención médica básica. Los PCP proporcionan atención de rutina o básica y coordinan el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan, lo que incluye radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de médicos especialistas, internaciones hospitalarias y atención de seguimiento.

La “coordinación” de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, su PCP puede ayudarlo a coordinarlos con el plan de salud. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener nuestra autorización previa (aprobación por adelantado). Dado que los PCP brindan y coordinan la atención médica, suele ser útil para usted como miembro asegurarse de que su PCP tenga todos sus registros médicos anteriores.

¿Cómo elegir un PCP?

Seleccione un PCP de nuestro directorio de proveedores impreso o en línea y llame al Servicio al cliente de Scott and White Health Plan al número de teléfono que figura en la portada de este folleto para comunicar su decisión. El Servicio al cliente de Scott and White Health Plan también lo puede ayudar a elegir un PCP si es necesario. Esta información se agregará a su registro de membresía.

¿Cómo cambia de PCP?

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan; en este caso, deberá elegir a un nuevo PCP. Llame al Servicio al cliente de Scott and White Health Plan al número de teléfono que figura en la portada de este folleto para consultar cómo puede cambiar el PCP. Su solicitud de cambio de PCP se hará efectiva en no más de 72 horas de realizada la solicitud.

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Es posible que usted, su PCP o su representante designado necesiten obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan para ciertos servicios (esto se denomina “autorización previa”). Si se requiere autorización previa y usted o su médico no obtienen la autorización previa, SeniorCare Advantage (HMO) no pagarán por los servicios. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre la autorización previa o los referidos. Los especialistas y los centros deben estar dentro de la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen dentro de los beneficios de SeniorCare Advantage (HMO).

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso continuo a médicos y especialistas calificados.

- Haremos todo lo posible por enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Para recibir asistencia, llame a Servicio al cliente al 1-866-334-3141, de 7 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.

Sección 2.3 Como obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica que Medicare exija que nuestro plan debe cubrir y los proveedores dentro de nuestra red no puede brindar esta atención, puede recibir dichos servicios de un proveedor fuera de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención médica por parte de un proveedor dentro de la red. Para obtener una autorización previa comuníquese con el Servicio al cliente al 1-866-334-3141 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989). Nota: Los miembros tienen derecho a recibir atención de proveedores fuera de la red en caso de necesitar servicios de urgencia o servicios de emergencia fuera del área de servicio. Además, los planes deben cubrir servicios de diálisis para miembros que padecen de la enfermedad renal terminal (ESRD) que se encuentren fuera del área de servicio del plan y que no tengan la posibilidad de acceder a los proveedores de ESRD contratados por el plan.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

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

Una **“emergencia médica”** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o un referido del PCP.

- **Cuando sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamoshacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. (El número para llamar se encuentra en el reverso de su tarjeta de miembro del plan).

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a administrar y hacer el seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y si la emergencia médica ya pasó.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento que sea necesaria por motivos médicos para garantizar que siga estando estable. La atención de seguimiento que sea necesaria por motivos médicos estará cubierta por el plan. Si proveedores fuera de la red proporcionan la atención de emergencia, intentaremos conseguir proveedores de la red para que se ocupen de su atención tan pronto como su afección médica 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, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque cree que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Se dirige a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.

- --*o*-- La atención adicional que reciba se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención médica?

Siempre debe intentar recibir los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente y no sería razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Se pueden consultar los proveedores de servicios de urgencia en nuestro sitio web, advantage.swhp.org, en el directorio de proveedores en línea, o puede comunicarse con el Servicio al cliente al número que figura en la contraportada de este folleto y solicitar asistencia para encontrar proveedores de servicios de urgencia contratados.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan le cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios de urgencia ni ningún otro tipo de atención si la recibe fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: advantage.swhp.org para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede acceder a los servicios de un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener la atención de proveedores fuera de la red al costo compartido de uno dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

SeniorCare Advantage (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los que se encuentran en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto), y los que cumplen con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red sin autorización.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que está considerando, tiene derecho a preguntar si lo cubriremos antes de obtenerlo. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja* [*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]) encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si un servicio no está cubierto, el gasto que paga de su bolsillo no se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar al Servicio al cliente si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un enfoque nuevo funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, *no* es necesario que nosotros lo aprobemos. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica**. Si tiene pensado participar en un estudio clínico de investigación, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informar que participará de un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que pagará su plan.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y alimentación por una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios que usted recibe como parte del estudio.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Medicare Original y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibía como parte del estudio y cuánto debe. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Productos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Productos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (TC) mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una TC.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Usted puede elegir obtener atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica brindados por instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?

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

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” corresponde a la atención o al tratamiento médico que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:

- Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
- – *y* – Debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. Consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones con motor, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, hacemos referencia a otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de SeniorCare Advantage (HMO), por lo general no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME a usted. Para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar, póngase en contacto con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de haber cambiado a Medicare Original para tener la posesión del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para poseer el artículo. No hay excepciones a este caso si usted regresa a Original Medicare.

Capítulo 4

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 57

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 57

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 57

Sección 1.3 Nuestro plan también limita lo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios 58

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 58

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 59

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 59

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar 92

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan? 100

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 100

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de SeniorCare Advantage (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

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

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

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrarle el comprobante de Medicaid o elegibilidad para QMB al proveedor, si corresponde. Si considera que es un error que se le solicite que pague, comuníquese con el Servicio al cliente.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo que tiene que pagar cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, más adelante). Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de SeniorCare Advantage (HMO), lo máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B en 2018 será $5,300. Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $5,300, no tendrá que seguir pagando de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. No obstante, deberá seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan también limita lo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios

Además de los montos dentro de la red y el máximo combinado de lo que paga de su bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la Sección 1.2 más arriba), también establecemos, por separado, un monto máximo de lo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios.

El monto máximo del plan para gastos que usted paga de su bolsillo en casos de internaciones hospitalarias por cuadros agudos es de $1,750. Después de pagar $1,750 de su bolsillo para internaciones hospitalarias por cuadros agudos, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted durante el resto de la internación. Tanto el monto máximo que paga de su bolsillo para servicios médicos de la Parte A y de la Parte B como el monto máximo que paga de su bolsillo para internaciones hospitalarias por cuadros agudos se aplican a la cobertura de internaciones hospitalarias por cuadros agudos. Esto significa que después de haber pagado $5,300 para servicios médicos tanto de la Parte A como de la Parte B, el plan cubrirá su internación hospitalaria por cuadros agudos sin costo para usted el resto del año.

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos"

Como miembro de SeniorCare Advantage (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por SeniorCare Advantage (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos los servicios, la atención médica, los suministros y los equipos) *deben* ser necesarios por motivos médicos. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2018* [Medicare y Usted 2018]. Acceda a una copia en línea en https://www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, durante el año, Medicare agrega cobertura por medio de Original Medicare para servicios nuevos. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2018, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para esta prueba de detección preventiva. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona, o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. * Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.	Copago de $265 para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Los copagos especificados anteriormente se aplican a los viajes de ida o vuelta en ambulancia.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No hay ningún coseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar. Debe utilizar proveedores de la red.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $0 para servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. Debe utilizar proveedores de la red.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses). *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada cinco años. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero, vaginal o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	$20 para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes exámenes cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal con guayacol (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT). Prueba de ADN de detección de cáncer colorrectal cada 3 años. Para las personas que tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario para la detección como una alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.	En general, los servicios odontológicos preventivos (como una limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de pruebas de detección de depresión. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Examen de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. De acuerdo con los resultados de estos exámenes, es posible que califique para un mínimo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para capacitación sobre autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabetes. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Entre los artículos cubiertos se cuentan los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones con motor, suministros para la diabetes, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. También puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web advantage.swhp.org. Si un miembro elige recibir DME de un proveedor que no está en la red, el miembro primero debe recibir una autorización previa del plan de salud para que cubra el DME. Debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare y debe obtenerla de los proveedores de la red. El coseguro del 20% no se aplica para la compra de plantillas o zapatos terapéuticos. El plan cubre un par de plantillas o zapatos terapéuticos por año sin costo para el miembro. Usted (o su proveedor) puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de los productos o marcas que son apropiados para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9: "*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*"). *No se necesita autorización previa para el DME cuando el miembro utiliza un proveedor de DME de la red. Si un miembro elige recibir DME de un proveedor que no está en la red, el miembro primero debe recibir una autorización previa del plan de salud para que cubra el DME.	Coseguro del 20 % para el equipo médico duradero cubierto por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Los debe ofrecer un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Y deben ser necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente. El costo compartido para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el costo compartido para esos servicios prestados dentro de la red. Este beneficio solo está disponible en los Estados Unidos.	Copago de $80. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted no paga copago por la consulta en la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar Silver&Fit es un programa de bienestar que da a los miembros una membresía de gimnasio en gimnasios participantes. Los miembros pueden acceder a clases, equipos de ejercicio, piscina y sauna, además de entrenador como parte de este beneficio. Los miembros también pueden elegir utilizar kits de ejercicios para el hogar, y acceder al sitio web de Silver&Fit, programas de educación de salud y folletos para miembros.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para participar en Silver&Fit.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. • Exámenes auditivos de rutina.	Copago de $40 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de $0 para un examen auditivo de rutina complementario por año como máximo. Copago de $0 para audífonos. Límite de la cobertura del plan de $1,000 para audífonos cada tres años.
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. *El plan de salud exige autorizaciones para servicios, dispositivos o procedimientos, tales como dispositivos implantables, atención médica en el hogar, estudios genéticos, cirugía y trasplantes. No se necesitan remisiones.	Copago de $0 para consultas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para cuidados paliativos Usted puede recibir atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico certificado de enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención en el hogar. Para los servicios de cuidado paliativo y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, el proveedor del centro facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no SeniorCare Advantage (HMO).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para cuidados paliativos (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios cubiertos por SeniorCare Advantage (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: SeniorCare Advantage (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?). **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales una vez por año, en el otoño o el invierno. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 a 5: copago de $350 por día. Días 6 a 90: Copago de $0 por día. El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida: Días 1 a 5: copago de $350 por día. Días 6 a 60: copago de $350 por día. Salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado en el hospital. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se brindan fuera el patrón comunitario de atención, usted puede elegir recibir sus servicios localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si SeniorCare Advantage (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte suyos y de un acompañante. • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es paciente internado o externo, pregúntele al personal del hospital.	Usted paga las primeras tres pintas de sangre y luego un coseguro del 20% del Monto aprobado por Medicare para pintas de sangre adicionales. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es paciente internado o externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!) La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https:// www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes internados • Entre los servicios cubiertos se cuentan servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización. • Obtiene hasta 190 días de por vida de atención psiquiátrica para pacientes internados. Los servicios para pacientes internados en hospitales psiquiátricos se tienen en cuenta para la limitación de 190 días de por vida solo si se cumplen determinadas condiciones. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de psiquiatría que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado en el hospital.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 a 5: copago de $318 por día. Días 6 a 90: Copago de $0 por día. El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida: Días 1 a 5: copago de $318 por día. Días 6 a 60: copago de $318 por día.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio. • Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos los servicios y los materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Copago de $0 para cada visita de médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $40 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Copago de $0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de $0 - $300 para procedimientos, análisis y servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de $0 para radiografías cubiertas por Medicare. Coseguro de 20 % por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Copago de $25 para consultas de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubiertas por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia médica nutricional Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (enfermedad del riñón, pero sin estar en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando así lo indique su médico. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que usted reciba más horas de tratamiento, con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada para cambiar la conducta de salud que brinda capacitación práctica para el cambio alimenticio a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos que implica mantener el peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico externo (ASC). • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizado por el plan. • Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si se encuentra inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura ósea que un doctor certifique que estuvo relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse la medicación. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para auto-diálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	Coseguro del 20% para los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos por la Parte B. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos. Debe utilizar proveedores de la red. Si obtiene atención de proveedores fuera de la red sin autorización de SeniorCare Advantage (HMO), usted deberá pagarle a Original Medicare de su propio bolsillo lo que corresponda en ese caso.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de $0 para procedimientos y análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de $0 para radiografías cubiertas por Medicare. Coseguro de 20 % para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Copago de $300 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no se incluyen radiografías) para tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), mielografía, exámenes PET (tomografía por emisión de positrones), angiografías por resonancia magnética (MRA), espectroscopías (SPECT), angiografía por tomografía computarizada (CTA), cardiología nuclear, y pruebas de esfuerzo. Copago de $75 para otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare no mencionados anteriomente. Copago de $300 para electroencefalogramas (EEG) cubiertas por Medicare. Usted paga las primeras tres pintas de sangre y luego un coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare para pintas de sangre adicionales. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es paciente internado o externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https:// www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. * Necesita autorización previa para hacer consultas en hospitales y con ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $275 por cada consulta al centro quirúrgico externo cubierta por Medicare. Copago de $350 para cada estadía en un hospital para pacientes externos cubierta por Medicare. Coseguro del 20% para quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos. Debe utilizar proveedores de la red. A ningún servicio se le aplicará tanto un copago como un coseguro.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $40 para cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare con o sin un psiquiatra. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en diversos entornos para pacientes externos, como departamentos de un hospital para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF, por sus siglas en inglés). *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $25 para consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. Copago de $25 para consultas de fisioterapia o patología del lenguaje/habla cubiertas por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: tratamiento externo individual o grupal para abuso de sustancias. *Excepto en casos de emergencia, su proveedor debe obtener autorización de SernioCare Advantage (HMO). El tratamiento para abuso de químicos incluye servicios médicos para detoxificación aguda y rehabilitación ambulatoria según las pautas de Medicare.	Copago de $45 para visitas de tratamiento externo individual o grupal por abuso de sustancias. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos externos **Nota:** Si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía como paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $275 por cada consulta al centro quirúrgico externo cubierta por Medicare. Copago de $350 por cada visita al centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $40 para servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico externo certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $0 para cada visita de médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $40 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáreo). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de $45 para consultas de podiatría cubiertas por Medicare. Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria de los pies. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA, por sus siglas en inglés). Debe utilizar proveedores de la red.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección). *No se necesita autorización previa para dispositivos protésicos y suministros relacionados cuando el miembro utiliza un proveedor de la red. Si un miembro elige un dispositivo o suministro de un proveedor que no está en la red, el miembro primero debe recibir una autorización previa del plan para que el dispositivo o suministro esté cubierto.	Coseguro del 20% para suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con dispositivos protésicos, férulas y otros dispositivos. Debe utilizar proveedores de la red.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a severa y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $0 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son los siguientes**: personas entre 55 y 77 años sin señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de consumo de tabaco por al menos 30 paquetes-año, y que actualmente son fumadores o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito, de parte de un médico o un profesional no médico calificado, para realizarse una LDCT, durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para tales consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben obtener una orden escrita para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado decide prestarle una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas para pruebas de detección con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas, o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un alto riesgo de tener una ETS cuando las pruebas las solicita un médico de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un médico de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de instrucción sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección: “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Coseguro de 20% para servicios de diálisis cubiertos por Medicare. Copago de $0 para servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "servicios en centros de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Exámenes de laboratorio normalmente provistos por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF. • Servicios médicos o profesionales.	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficio. Se necesita hospitalización previa de tres días habilitada por Medicare. Para estadías en un centro de enfermería especializada cubiertas por Medicare: Días 1 a 20: copago de $0 por día. Días 21 a 100: copago de $167.50 por día. Usted paga las primeras tres pintas de sangre y luego el 20% del monto aprobado por Medicare para pintas de sangre adicionales. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Continuación) Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el costo compartido para esos servicios prestados dentro de la red.	Copago de $50 para consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare. Si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, copago de $0 por la consulta de atención de urgencia. Este beneficio solo está disponible en los Estados Unidos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • SeniorCare Advantage cubre anteojos, lentes, marcos y lentes de contacto. El beneficio cubre hasta $125 por año por la compra única o combinada de lentes, marcos, anteojos y lentes de contacto rígidos. El miembro debe pagar el costo de los lentes, marcos, anteojos y lentes de contacto rígidos que superen la asignación de $125 por año. El miembro debe pagar el costo de las mejoras que excedan la asignación de $125 por año. Los miembros deben utilizar un proveedor de oftalmología participante de la red de Superior Vision para estudios de la vista y compras de lentes. • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • En el caso de personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, se cuentan las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de un lente intraocular. (Si se realiza dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de $0 por un examen oftalmológico de rutina por año como máximo. Copago de $40 para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare, incluida una prueba de detección anual de glaucoma para personas en riesgo. Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto rígidos después de una cirugía de cataratas. Debe utilizar proveedores de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de cuidado si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando realice su cita, infórmele al personal del consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no cubre Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman "**beneficios complementarios opcionales**". Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, usted debe registrarse para ello y además tiene que pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Metropolitan Life Insurance Company (MetLife) administra y paga los beneficios de servicios odontológicos.

- Plan odontológico opcional, complementario, preventivo e integral: $17 por mes.
- Hay beneficios dentro y fuera de la red disponibles.
- Deducible: $0.
- Beneficio máximo anual: $2,000.

Odontológico preventivo (tipo A)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Estudios de pacientes Los estudios de pacientes (inspección clínica limitada que se realiza para identificar posibles signos de enfermedad oral o sistémica, malformación o lesión y la posible necesidad de remisión para diagnóstico y tratamiento) se limitan a una vez cada seis meses.	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.
Estudios específicos para un problema Los estudios específicos para un problema se limitan a una vez cada seis meses, menos la cantidad de estudios orales recibidos durante dichos meses.	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.
Otras radiografías • Las radiografías odontológicas, excepto conforme lo indicado en otra sección de este documento. • Radiografías interproximales, pero no más de un conjunto cada 36 meses. • Una radiografía de la boca completa o panorámica cada 36 meses. • Radiografías intraorales o periapicales.	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.
Limpiezas Limpieza de dientes (profilaxis oral) una vez cada seis meses.	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.

Odontológico integral (tipo B)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dentaduras postizas Uno cada cinco años calendarios: Instalación inicial de dentaduras postizas completas o extraíbles: a. Cuando se la necesita para reemplazar dientes faltantes de manera congénita; o b. cuando se necesitan para reemplazar dientes naturales que se perdieron mientras la persona que recibía dichos beneficios tenía seguro odontológico.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Dentaduras postizas provisorias e inmediatas (completas o parciales) Frecuencia: un reemplazo cada 12 meses. Reemplazo de una dentadura postiza completa de manera inmediata y provisoria por una dentadura postiza completa y permanente si la dentadura postiza completa, inmediata y provisoria no se puede utilizar de manera permanente y dicho reemplazo se realiza en el plazo de 12 meses desde la instalación de la dentadura postiza completa, inmediata y provisoria.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Reemplazo de una dentadura postiza completa o extraíble a la que no se le puede hacer mantenimiento Reemplazo de una dentadura postiza completa o extraíble a la que no se le puede hacer mantenimiento si esa dentadura postiza se colocó más de cinco años calendario antes del reemplazo.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.

Odontológico integral (tipo B) (Continuación)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Ajustes a dentaduras Frecuencia: uno cada seis meses. Ajustes de dentaduras: a. Si ha pasado un mínimo de seis meses desde la colocación de la dentadura postiza extraíble; y b. no más de una vez en cualquier período de seis meses.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Recubrimiento de dentaduras Frecuencia: uno cada seis meses. Recubrimiento y nueva base de dentaduras postizas extraíbles existentes: a. si ha pasado un mínimo de seis meses desde la colocación de la dentadura postiza extraíble; y b. no más de una vez en cualquier período de 36 meses.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Acondicionamiento de tejidos Acondicionamiento de tejidos, pero no más de una vez en cualquier período de 60 meses.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Colocación inicial de empastes de amalgama Se cubren los empastes de amalgama.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Reemplazo de un empaste de amalgama existente Reemplazo de un empaste de amalgama existente, pero solo si se cumplen las siguientes condiciones: a. Si ha pasado un mínimo de 24 meses desde la colocación de la amalgama existente; o b. se ha identificado una nueva superficie con caries en ese diente.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.

Odontológico integral (tipo B) (Continuación)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Colocación inicial de empastes de resina Se cubre la colocación inicial de empastes de resina.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Reemplazo de un empaste de resina existente Reemplazo de un empaste de resina existente, pero solo si se cumplen las siguientes condiciones: a. Si ha pasado un mínimo de 24 meses desde la colocación de la amalgama existente; o b. se ha identificado una nueva superficie con caries en ese diente.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Extracciones simples Las extracciones simples están limitadas a una cada cinco años.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Extracciones quirúrgicas Prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales, otros servicios están limitados a uno cada cinco años.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Cirugía oral Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, otros servicios están limitados a uno cada cinco años.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.

Montos del beneficio

MetLife pagará beneficios por un monto equivalente al porcentaje cubierto por los cargos en los que incurriera un miembro por un servicio cubierto, tal como se indica en el Cronograma de beneficios, sujeto a las condiciones establecidas en su Evidencia de cobertura.

Dentro de la red

Si un dentista de la red brinda un servicio cubierto, MetLife basará el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido. Si un dentista de la red brinda un servicio cubierto, los miembros tendrán la responsabilidad de pagar lo siguiente:

- El deducible; y
- Cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual MetLife no pague beneficios.

Fuera de la red

Si un dentista fuera de la red brinda un servicio cubierto, MetLife basará el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.

Los dentistas fuera de la red pueden cobrar a los miembros más del cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red brinda un servicio cubierto, los miembros tendrán la responsabilidad de pagar lo siguiente:

- El deducible; y
- Cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual MetLife no pague beneficios; y
- Todo monto que supere el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.

Montos máximos del beneficio

El cronograma de beneficios establece los montos máximos de beneficios que MetLife pagará por servicios cubiertos recibidos dentro y fuera de la red. MetLife nunca pagará más que el monto máximo de beneficio dentro de la red o el monto máximo de beneficio fuera de la red.

Por ejemplo, si se recibe un servicio cubierto fuera de la red y MetLife paga $300 en beneficios por dicho servicio, los $300 se aplicarán tanto a los montos máximos de beneficio que se apliquen a ese servicio dentro como fuera de la red.

Seguro odontológico: Exclusiones

1. Los servicios que no son odontológicamente necesarios, aquellos que no cumplen con las normas generalmente aceptadas de atención para el tratamiento de la afección odontológica en particular o que MetLife considere de naturaleza experimental.
2. Los servicios por los cuales una persona cubierta no estaría obligada a pagar en ausencia del seguro odontológico.
3. Servicios o suministros recibidos por una persona cubierta antes del inicio del seguro para esa persona.
4. Servicios que no son prestados ni prescriptos por un dentista; excepto aquellos servicios de un higienista dental con licencia, supervisados y cobrados por un dentista, que consisten en raspado o pulido de dientes, o tratamiento con flúor.
5. Servicios que son principalmente cosméticos, a menos que fueran necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito de un recién nacido.

6. Servicios o dispositivos que recuperan o modifican la oclusión o dimensión vertical.
7. Restauración de la estructura dentaria dañada por atrición, abrasión o erosión, salvo que la causa sea una enfermedad.
8. Restauraciones o dispositivos usados como férulas periodontales.
9. Asesoramiento o instrucciones sobre higiene oral, control de placas, nutrición y tabaco.
10. Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros, irrigadores dentales, cepillos de dientes o hilo dental.
11. La primera colocación de una dentadura postiza para reemplazar un diente o más que faltaba antes de que la persona tuviera seguro dental, salvo en el caso de la falta congénita de dientes naturales.
12. Decoración o colocación de cualquier diente, instrumento, dispositivo, corona u otro procedimiento dental.
13. Citas perdidas.
14. Servicios cubiertos conforme a la ley de enfermedades laborales o compensación laboral.
15. Servicios cubiertos conforme a cualquier ley de responsabilidad del empleador.
16. Servicios que el empleador de la persona que reciba dichos servicios no tenga la obligación de pagar.
17. Servicios prestados en un centro administrado por el asegurado, sindicato laboral, asociación de beneficio mutuo u hospital para veteranos (VA).
18. Servicios cubiertos conforme a otra cobertura del asegurado.
19. Restauraciones temporales o provisionales.
20. Dispositivos temporales o provisionales.
21. Medicamentos con receta.
22. Servicios para los cuales la documentación presentada indica un diagnóstico desfavorable.
23. Servicios, en la medida en que dichos servicios, o los beneficios de estos, estén disponibles conforme a un plan gubernamental. Esta exclusión se aplicará independientemente de que la persona que reciba los servicios esté inscrita en el plan gubernamental. MetLife no excluirá el pago de los beneficios de dichos servicios si el plan gubernamental exige que se pague primero el seguro dental conforme a la póliza grupal.
24. Lo siguiente, cuando lo cobre el dentista de forma separada: llenado del formulario de reclamaciones; control de infecciones, como con guantes, máscaras y esterilización de suministros; o anestesia local, sedación consciente que no sea intravenosa o analgesia, como con óxido nitroso.
25. Servicios dentales necesarios para tratar lesiones accidentales en los dientes y las estructuras de apoyo, salvo en el caso de lesiones en los dientes producidas por la masticación y mordida de alimentos.
26. Pruebas de susceptibilidad a las caries.
27. Accesorios de precisión asociados con prótesis fijas y desmontables.

28. Ajuste de una dentadura postiza dentro de los 6 meses de su colocación, por parte del mismo dentista que la colocó.
29. Aparatos o dispositivos protésicos duplicados.
30. Reemplazos por pérdida o robo de aparatos, restauración con molde dentario o dentadura postiza.
31. Imágenes fotográficas intraorales y extraorales.
32. Aparatos fijos y desmontables para la corrección de hábitos perjudiciales.
33. Aparatos para el tratamiento de bruxismo (rechinar de los dientes), que incluye, entre otros, guardas oclusales y nocturnas.
34. Implantología, incluidas reparaciones.
35. Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular. Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.
36. Servicios o aparatos de ortodoncia.
37. Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.
38. Tratamientos con flúor.
39. Análisis de laboratorio y otras pruebas.
40. Aplicación de material de sellado.
41. Espaciadores dentales.
42. Recubrimiento pulpar.
43. Mantenimiento periodontal.
44. Tratamiento paliativo de emergencia.
45. Restauración con molde dentario, incluidos empastes, recubrimientos y coronas.
46. Coronas prefabricadas.
47. Prótesis implantosoportada.
48. Reparaciones.
49. Recementaciones.
50. Cementaciones de coronas; perno y corona.
51. Tratamientos de conducto.
52. Pulpotomía.
53. Tratamiento pulpar.
54. Apexificación y recalcificación.
55. Cirugía periodontal.
56. Servicios periodontales, incluidos los procedimientos de raspado y alisado radicular.

57. Colocación inicial o reparación de dentaduras postizas fijas y permanentes.
58. Cirugía oral, salvo que se especifique en otro lugar como un servicio cubierto.
59. Anestesia general/sedación intravenosa.
60. Consultas.
61. Servicios generales.
62. Ajustes oclusales.
63. Empastes sedantes.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que figuren en la siguiente tabla, salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Como única excepción, pagaremos si, en una apelación respecto de un servicio de la siguiente tabla, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos. Los procedimientos y productos experimentales son aquellos productos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.		√ Puede tener cobertura de Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en el hospital.		√ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializado, como un teléfono o televisor.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	√	
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas.	√	
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	√	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		√ • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	√	
Atención odontológica que no sea de rutina.		√ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina.		√ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies.		√ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare. Por ejemplo, si usted tiene diabetes.
Entrega de comida a domicilio.	√	
Zapatos ortopédicos.		√ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para pies.		√ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		√ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	√	
Acupuntura.	√	
Servicios de naturópatas (tratamientos naturales o alternativos).	√	

*El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse y vestirse.

Exclusiones adicionales:

- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.
- La cobertura para medicamentos se limita a los fármacos recetados u ordenados por un proveedor y que utiliza el suscriptor durante su hospitalización. No se cubren los medicamentos para llevar al hogar, salvo en la medida en que estén cubiertos por Medicare, como los medicamentos para las náuseas posteriores a la quimioterapia.
- Exámenes físicos e informes con cualquier fin que no sea la atención médica necesaria como motivos laborales, licencias, seguro, escuela o viajes.
- Servicios para los que el suscriptor podría obtener un reembolso por el cuidado de una lesión o enfermedad laboral, en circunstancias cubiertas conforme a la ley de responsabilidad del empleador.
- Pruebas psicológicas necesarias por motivos que no sean médicos o pruebas de otro tipo con fines educativos o del desarrollo.

- Salvo que la ley exija lo contrario, Scott and White Health Plan no le pagará a ningún proveedor ni reembolsará al suscriptor por ningún servicio cubierto para el cual el suscriptor no tendría ninguna obligación de pagar ante la falta de cobertura en virtud de este acuerdo.
- Tratamiento de lesiones o enfermedades como resultado de la guerra.
- Todo servicio mencionado anteriormente que no esté cubierto seguirá sin cubrirse, incluso si se recibe en un centro de emergencias.
- Dispositivos artificiales, aparatos correctivos y suministros médicos, como baterías, preservativos, vendajes, jeringas, dentaduras, audífonos, anteojos y lentes correctivos (salvo que se incluyan en el Capítulo 4).
- Costos/cargos asociados con el llenado y/o copiado de formularios médicos u otros formularios vinculados.

Capítulo 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 109
Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 109
Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 110
SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 111
Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 111
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 111
Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 112
Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 113
Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan 113
SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 114
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 114
Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 115
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 115
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 116
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 116
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones existen? 116
Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? 117
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en la que usted querría que lo estuviera? 118
Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en la que usted querría que lo estuviera 118
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 119
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? 121
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 121
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 121
Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura de un medicamento que estoy tomando? 122

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?.....123
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....123
SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de afiliado del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta.....124
Sección 8.1 Muestre la tarjeta de afiliado.....124
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de afiliado? 124
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 125
Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?.....125
Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)? 125
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 126
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?.....126
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el uso de los medicamentos.....127
Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos de forma segura.....127
Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos.....127

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos, **es posible que en la *Evidencia de cobertura* haya información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplique a usted.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio al cliente y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D).*

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, SeniorCare Advantage (HMO) también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan: A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre generalmente los medicamentos que le dan durante las estancias cubiertas en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la

Sección 9.4 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección sobre cuidados paliativos del Capítulo 4 *(Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*).

En la siguiente sección se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información de su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted cumpla con estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otra persona autorizada) para dar recetas.
- La persona que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para escribir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por ciertos libros de referencia. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

¿Cómo busca una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (advantage.swhp.org) o llame a Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio de atención al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en advantage.swhp.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de cuiado a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de

que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los Nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un tratamiento especial, la coordinación del proveedor o conocimiento sobre su uso. (*Nota:* Esta situación rara vez se produce).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para utilizar el servicio de pedido por correo del plan, debe solicitar ***al menos*** **un suministro del medicamento para 30 días y para *no más* de 90 días.**

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, llame al número de teléfono que se encuentra en la portada posterior de este folleto.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si hay una demora en sus medicamentos recetados pedidos por correo, debe comunicarse con el servicio de pedido por correo encargado de procesar su pedido. Si no se comunican con usted y su medicamento recetado no llega, debe comunicarse con el servicio de pedido por correo que estaba a cargo de procesar su pedido. Ellos realizarán un seguimiento de su pedido para encontrar su receta. El servicio de pedido por correo será responsable de enviar su receta o de comunicarse con la farmacia minorista de su elección y con el plan para obtener cualquier anulación o autorización con el fin de resurtir la receta y, así, garantizar una cobertura adecuada de medicamentos.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Con esto, usted tendrá la oportunidad de asegurarse de que la farmacia envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la formulación) y, de ser necesario, usted podrá cancelar o postergar el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Resurtidos de los medicamento con receta para pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia con 10 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Comuníquese con el plan de salud y proporciónele sus preferencias de comunicación.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, el costo compartido puede ser menor. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden llegar a aceptar un costo compartido menor para los suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras, tal vez, no acepten un costo compartido menor para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el Directorio de farmacias, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
2. Puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Para utilizar el servicio de pedido por correo de nuestro plan, debe solicitar al menos un suministro del medicamento para 30 días y para no más de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- En caso de enfermedad cuando viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red.
- En caso de viajar a un lugar fuera del área de servicio del plan donde no haya una farmacia de la red, de quedarse sin medicamento o de perderlo.
- En caso de no tener acceso a una farmacia de la red.

- En caso de que el medicamento no esté en existencia en la farmacia de la red o de servicio de pedido por correo.
- Vacuna administrada en el consultorio del médico.
- Medicamento administrado en una farmacia fuera de la red durante un viaje.

En estos casos, **primero consulte con el Servicio de atención al cliente** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde) cuando lo obtenga. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

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

El plan cuenta con una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *ya sea que:*

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).

- *O bien,* esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son los siguientes: American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX y USPDI o su sucesor. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona igual que el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en nuestra Lista un medicamento en particular.

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos. Nivel 2: medicamentos genéricos. Nivel 3: medicamentos de marca preferidos. Nivel 4: medicamentos no preferidos. Nivel 5: medicamentos especializados.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 *(Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D),* se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (advantage.swhp.org). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

3. Llame al Servicio al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y los costos compartidos de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento con receta por su proveedor de salud (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones existen?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. En la siguiente sección se brinda información adicional sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca, pero, generalmente, cuesta menos. **Cuando esté disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un

medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **"autorización previa"**. A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a brindar instrucciones sobre el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede solicitar que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado"**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) o visite nuestro sitio web (advantage.swhp.org).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Servicio al cliente para informarse qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en la que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en la que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento recetado que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales a la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, a algunos de los medicamentos cubiertos por el plan se les aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, usted puede desear que eliminemos una restricción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si un medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los afiliados en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones de este.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos que se mencionan a continuación:

1. El cambio en su cobertura de medicamento debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- *O bien,* el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo, se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para los afiliados que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro de cuidado a largo plazo (LTC):**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro del medicamento para 30 días como máximo. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red.

- **Para los afiliados que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y son residentes en un centro de cidado a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior.** Este suministro total será para un límite de suministro máximo de 93 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 93 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido afiliados del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal para atención a largo plazo.

- A los afiliados que experimenten un nivel de cambio en la atención; por ejemplo, si cambian un ambiente del tratamiento por otro (si son dados de alta del hospital y pasan a un centro de cuidado a largo plazo), se les hará una excepción en el suminitro para 31 días por única vez (a menos que la receta esté indicada para menos días).

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada posterior de este folleto).

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. En las siguientes secciones encontrará más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Hable primero con su proveedor. Quizás haya un medicamento distinto cubierto por el plan y que funcione igual para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarle en el proceso. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

Puede solicitar una excepción

Para medicamentos en los Niveles 2 y 4, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarle en el proceso.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos en el nivel de Medicamentos especializados (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría implementar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podemos quitar un medicamento de la lista debido a que se ha descubierto que no es eficaz.

- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hagamos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura de un medicamento que estoy tomando?

¿Cómo saber si la cobertura de un medicamento ha cambiado?

Si hay alguna modificación en la cobertura *para un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para comunicárselo. Habitualmente, **le avisaremos con al menos 60 días de anticipación**.

De vez en cuando, algún medicamento **debe retirarse del mercado de repente** porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto sucede, el plan inmediatamente retirará el medicamento de la Lista de medicamentos. Le avisaremos sobre este cambio de inmediato. Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambio afecta algún medicamento que esté tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del próximo año si se mantiene en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no a causa de un retiro repentino ni debido a que ha sido sustituido por un medicamento genérico nuevo.

Si cualquiera de estos cambios le sucede a un medicamento que esté tomando, el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente.

En algunos casos, usted se verá afectado por el cambio de cobertura antes del 1 de enero:

- **Si un medicamento de marca que está tomando es sustituido por un nuevo medicamento genérico,** el plan debe darle por lo menos 60 días de aviso o suministrarle un resurtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
    - Durante este periodo de 60 días, usted deberá trabajar con su proveedor para cambiarse al medicamento genérico o a otro medicamento diferente que cubramos.

- O bien, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

- De nuevo, si un medicamento **es retirado del mercado repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones, el plan lo eliminará de la Lista de medicamentos inmediatamente. Le avisaremos sobre este cambio de inmediato.
  - Su proveedor también tendrá conocimiento de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, encontrará información sobre los tipos de medicamentos recetados que están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos los medicamentos que se mencionan en esta sección. La única excepción: Si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido de la Parte D y que nosotros deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se mencionan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán a través de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría 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 y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.
  - En general, la cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX; y, para el cáncer, el National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de afiliado del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de afiliado

Para surtir una receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red de su preferencia. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que *nos corresponde* del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted le deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de afiliado?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Puede **solicitar que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta que: Cuando usted ingresa, reside o sale de un centro de atención de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, Cancelación de la membresía en el plan, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio para el cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de LTC y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 93 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo (LTC) puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si se ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Quizás haya un medicamento distinto cubierto

por el plan y que funcione igual para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos recetados que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es **“acreditable”**, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o con el empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedir al centro de cuidados paliativos o a la persona que le emite la receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta de este, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se brinda información sobre las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos de forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toma.

Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas podrían obtener los servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindarán una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito de dicha conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. Además, recibirá una lista personal de medicamentos con todos los medicamentos que esté tomando y el motivo por el cual los toma.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la consulta o siempre que hable con médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve con usted su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Capítulo 6

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6.
Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 132

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura para medicamentos 132

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 133

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 133

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de SeniorCare Advantage (HMO)? 133

SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 135

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *"Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") 135

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 135

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 136

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $300 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 136

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 137

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 137

Sección 5.2 Tabla en la que se muestran sus gastos por un suministro para *un mes* de un medicamento 138

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo 139

Sección 5.4 Tabla en la que se muestran los costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* (hasta 90 días) 140

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $3,750 142

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más que el 44 % de los costos de los medicamentos genéricos 142

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del periodo sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los $5,000 142

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo de los medicamentos recetados 143

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 145

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año.....145

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....146

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna.....146

Sección 8.2 Usted puede llamar al Servicio al cliente antes de administrarse una vacuna 147

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos, **es posible que en la *Evidencia de cobertura* haya información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplique a usted.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este folleto adjunto, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente.)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber lo básico sobre cuáles medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para hacer la lectura más simple, a esta lista la denominamos la "Lista de medicamentos".
  - En esta Lista de medicamentos se indican los medicamentos que tiene cubiertos.
  - También se indica en cuál de los cinco "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.

- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web: advantage.swhp.org. La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5 encontrará detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que debe cumplir cuando surte sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). En el *Directorio de farmacias*, encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de SeniorCare Advantage (HMO)?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura para medicamentos recetados en SeniorCare Advantage (HMO). El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento de surtir o resurtir una receta. Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago del medicamento

Etapa 1 Etapa del deducible anual	**Etapa 2** Etapa de cobertura inicial	**Etapa 3** Etapa de interrupción de la cobertura	**Etapa 4** Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $300 por sus medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 ($300 es el monto de su deducible de los Niveles 3, 4 y 5). (En la Sección 4 de este capítulo encontrará más detalles).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos de los Niveles 1 y 2, y **usted paga su parte.** Después de que usted (u otros en su nombre) haya alcanzado el deducible de los Niveles 3, 4 y 5, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, y usted paga su parte. Permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los $3,750. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 35 % del precio por sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 44 % del precio de los medicamentos genéricos. Permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos de bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $5,000. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Encontrará información más detalllada en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría de los costos** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018). (En la Sección 7 de este capítulo encontrará más detalles).

SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *"Explicación de beneficios de la Parte D"* ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha hecho cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **"que paga de su bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Este informe incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cuando obtenga un medicamento recetado**. Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a

nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). A continuación, presentamos algunas situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que gasta en medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un ADAP, el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba por correo la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto y si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $300 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de $300 para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. **Paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta alcanzar el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **deducible** es el monto que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $300 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (la cantidad de copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo variará de acuerdo con el medicamento y el lugar donde surta su receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos. Nivel 2: medicamentos genéricos. Nivel 3: medicamentos de marca preferidos. Nivel 4: medicamentos no preferidos. Nivel 5: medicamentos especializados.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo surte:

- Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2 Tabla en la que se muestran sus gastos por un suministro para *un mes* de un medicamento

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta que:

- Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido para servicio de pedido por correo** (suministro para 30 días como máximo)	**Cuidado a largo plazo (LTC)** (suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para 30 días como máximo)
Nivel 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	$4	$4	$4	$4
Nivel 2 de costos compartidos (genéricos)	$14	$14	$14	$14

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido para servicio de pedido por correo** (suministro para 30 días como máximo)	**Cuidado a largo plazo (LTC)** (suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro de Suministro para 30 días
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	$47	$47	$47	$47
Nivel 4 de costos compartidos (medicamento no preferido)	$99	$99	$99	$99
Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos especializados)	27 %	27 %	27 %	27 %

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el *monto* que usted pagará será menor.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
    - Por ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $30. Esto significa que el monto que paga por día por el medicamento es de $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos para no tener que viajar tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Tabla en la que se muestran los costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* (hasta 90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días como máximo. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento.

- Tenga en cuenta que: Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

Su parte del costo cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo)	**Costo compartido para servicio de pedido por correo** (suministro para 90 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$12	$8
Nivel 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	$42	$28
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	$141	$94
Nivel 4 de costos compartidos (medicamento no preferido)	$297	$198
Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos especializados)	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.	

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $3,750

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos recetados que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $3,750 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo, consulte la Sección 6.2 Costos que paga de su bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
  - Los $300 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
  - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento en 2018, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, como así también terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de $3,750.

Le informaremos cuando alcance el monto de $3,750. Si alcanza este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del periodo sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más que el 44 % de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del periodo sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los $5,000

Cuando usted está en la Etapa del período de interrupción de la cobertura, el Programa de Descuento para la Interrupción de la Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 35% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplazara a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 44 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período de interrupción de la cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 44 % de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En el 2018, ese monto será de $5,000.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llegue al límite de $5,000 de lo que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo de los medicamentos recetados

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa del deducible
  - Etapa de cobertura inicial
  - Etapa del periodo sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como afiliado de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, el Servicio de salud para la población india estadounidense o por un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.

- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $5,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Cuando suma sus gastos de bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos recetados:

- La cantidad que usted paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no cubre nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para una cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en el periodo sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes médicos grupales, incluidos los planes médicos del empleador.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes laborales).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos para medicamentos que paga de su bolsillo, debe comunicárselo a nuestro plan. Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Cómo se puede llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $5,000 en el año, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $5,000 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será *el monto que sea mayor* entre un coseguro y un copago:
  - *O* el coseguro del 5 % del costo del medicamento.
  - *O bien*, $3.35 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $8.35 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí.** La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicación de la vacuna.** (A veces, esto se denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

La cantidad que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando recibe la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la etapa del deducible y el periodo sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago para la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando usted recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el importe que usted pagó menos el copago normal para la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copagoo para la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

Sección 8.2 Usted puede llamar al Servicio al cliente antes de administrarse una vacuna

Las normas de la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que primero llame al Servicio al cliente cuando esté planeando vacunarse. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo acudiendo a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

Capítulo 7

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

Capítulo 7.
Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 150

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 150

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 152

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago 152

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 153

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos..153

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 154

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 154

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo.....154

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente.

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

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

   - Si usted paga el monto total en el momento en que recibe el servicio, deberá solicitarnos que le rembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
   - En algunas oportunidades, es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite el pago de un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
     - Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
     - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.4 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su rembolso.

Llame al Servicio al cliente para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de dicho medicamento.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el rembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Si existen circunstancias en las que usted deba pagar el costo total de los servicios cubiertos al momento de la prestación de los servicios, como si recibe servicios de un proveedor o centro que no le facture a Medicare, usted tendrá que solicitar una cuenta detallada de los servicios prestados y presentárnosla con la prueba del pago con el fin de obtener el reembolso conforme a sus beneficios de SeniorCare Advantage (HMO).

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamamos para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (advantage.swhp.org) o llame al Servicio al cliente y pida el formulario. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

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

Para inquietudes médicas:
Scott and White Health Plan
MS-A4-126
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

Para inquietudes relacionadas con las farmacias:
Scott and White Health Plan
MS-A4-102
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

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

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su rembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

En algunas situaciones, debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando el pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Es posible que esto le ayude a calificar para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos:

1. **Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio**

   A veces, cuando está en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar el medicamento en una farmacia de la red a un precio menor que el precio del plan.

   - Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.

- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones, y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si está en la Etapa del período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que tenga que efectuar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, este no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8.
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 158

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, etc.).....158

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 159

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....159

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.....160

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....161

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....162

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 164

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que lo tratan injustamente o que sus derechos no se respetan?.....164

Sección 1.9 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?.....165

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 165

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....165

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación y personal disponible para responder preguntas de miembros con discapacidad o que no hablen inglés. También podemos brindarle, sin costo, información en otros idiomas o en tamaño de letra grande si lo necesita. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) o comuníquese con Patricia Balz.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Scott and White Health Plan para hacer un reclamo. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Incluida en esta correspondencia o *Evidencia de Cobertura* encontrará la información de contacto o, si desea recibir información adicional, puede comunicarse con el Servicio al cliente de Scott and White Heatlh Plan.

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in other languages, or large print at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact Patricia Balz.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Scott and White Health Plan. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Scott and White Health Plan Customer Service for additional information.

Để nhận được thông tin p Để nhận được thông tin phù hợp với quý vị, vui lòng gọi đến Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của cuốn sổ tay này).hù hợp với quý vị, vui lòng gọi đến Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của cuốn sổ tay này).

Chương trình của chúng tôi có nhân viên và dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí luôn sẵn sàng để trả lời các câu hỏi từ các hội viên không nói được tiếng Anh và khuyết tật. Nếu quý vị có nhu cầu, chúng tôi cũng có thể cung cấp miễn phí thông tin bằng các ngôn ngữ khác, hoặc bản in lớn. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình dưới dạng phù hợp và có thể tiếp cận được đối với quý vị. Để nhận được thông tin phù hợp với quý vị, vui lòng gọi đến Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của cuốn sổ tay này) hoặc liên hệ với Patricia Balz.

Nếu quý vị gặp vấn đề gì trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi dưới dạng phù hợp và có thể tiếp cận được đối với quý vị, vui lòng gọi để khiếu nại với chương trình Scott and White Health Plan. Quý vị có thể khiếu nại với Medicare bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc khiếu nại trực tiếp với Văn Phòng Quyền Công Dân. Thông tin liên lạc có trong Chứng từ Bảo hiểm này hoặc kèm theo thư này, hoặc quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Khách hàng của chương trình Scott and White Health Plan để biết thêm thông tin.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos por** cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su área.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarle.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan para que le brinde o coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica más sobre este tema). Llame al Servicio al cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo), sin necesidad de obtener una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o medicamento de la Parte D dentro de un período razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto se le explica qué puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 se le explica qué puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su "información personal de salud" incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control del modo en que se utiliza la información sobre su salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "Notice of Privacy Practice" (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. Usted, o alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre, debe dar el permiso por escrito.
- Hay ciertas excepciones que no nos exigen que obtengamos su autorización escrita primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber la manera en que se ha compartido la información sobre su salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

En su condición de miembro de SeniorCare Advantage (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el directorio de farmacias.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que usted debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.

- Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
  - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió en concepto de atención médica o de un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

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

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto explica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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

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

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

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

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

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede contactar al Servicio al cliente para pedir estos formularios (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

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

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

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

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

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

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior del folleto).
- Puede llamar al **Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

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

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior del folleto).
- Puede llamar al **Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare) (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf.)
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Estamos para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos**. En este folleto sobre la Evidencia de Cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.

- Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
- Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo**. Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
  - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**

  Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica**.
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Tiene que pagar las primas de su plan para seguir afiliado a nuestro plan.
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe poseer la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ello, algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Dicho costo será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior del folleto).
    - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (En el Capítulo 1 se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
    - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
    - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
    - Los números de teléfono y el horario en el que puede llamar al Servicio al cliente se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto.
    - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9.
Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES 171

SECCIÓN 1 Introducción 171

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 171

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 171

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 172

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 172

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 172

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 172

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 173

SECCIÓN 4 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 173

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general 173

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 174

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? 175

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 176

Sección 5.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 176

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 177

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 180

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 183

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 185

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 186

Sección 6.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 186

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 188

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones. 190
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 190
Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 193
Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 196
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 198
Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 198
Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 199
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 202
Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 203
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 206
Sección 8.1 *En esta sección se tratan solo tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF). 206
Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 207
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 207
Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 210
Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 211
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 213
Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 213
Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D 215
PRESENTACIÓN DE QUEJAS 216
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 216
Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 216
Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 218
Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja 219
Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad 220
Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 221

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o la información adecuada para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno tiene asesores capacitados en todos los estados. 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 comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

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

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Su problema o inquietud se trata de sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos en el Formulario

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

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

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la Sección 10, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes de las que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2, la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

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

¿Desea obtener ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior del folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.

- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y pida el formulario "Nombramiento de representante legal". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

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

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene normas y plazos diferentes, brindamos detalles para cada situación en una sección distinta:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica en el hogar, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)).

Si no está seguro cuál sección debe estar usando, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (Una guía para “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar con esta sección.

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
    - NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)**, debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
        - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
        - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata acerca de tres servicios solamente: servicios de atención médica en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).

- Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo**, Sección 5.2.**
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

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

<u>Paso 1</u>: Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura".**

Términos legales *Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una* ***"determinación acelerada".***

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
  - **No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si la vía de plazos estándares *pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.

- En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja "rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 más adelante se explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**.
  - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 más adelante se explica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales	*Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.*

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida**".

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.**
  - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de Nombramiento de un representante en el que usted autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Servicio al cliente (los números de teléfonos se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de un representante". También se encuentra disponible en el sitio web de Medicare https:// www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar con

nuestra revisión o terminarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de descartar una apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos con receta de la Parte D).*
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación**.
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales	*Una "apelación rápida" también se denomina* ***"reconsideración acelerada"***

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta para la fecha indicada (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

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

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	*El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina "**IRE**".*

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

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

- Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días** calendario de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión, o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar])*. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a aceptar su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).

- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D**. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento recetado cubierto para pacientes externos" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D*)y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales	*Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una* ***"determinación de cobertura".***

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
  - Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*
  - Nos pide que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Nos pide pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido superior.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?	¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*.** (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

Términos legales	*Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario"**.*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos de marca de Nivel 4 o a los medicamentos genéricos de Nivel 2. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario) (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales	*Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones **"excepción al formulario"**.*

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
  - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
  - *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
  - *Límites de cantidades.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales	*Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.*

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar un caso. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, no aprobaremos su solicitud para una excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo funcionen para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento o los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*.

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita. ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales	*Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una* ***"determinación acelerada de cobertura"****.*

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que tendremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si la vía de plazos estándares *pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).

- En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
- En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si respondemos afirmativamente a una parte o la totalidad de lo que solicitó –**
  - Si aceptamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales	*Una apelación al plan sobre una cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una "**reconsideración**" del plan.*

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida**".

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**

  - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D*.

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales	*Una "apelación rápida" también se llama una* ***"redeterminación acelerada"****.*

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida."
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- **S**i usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una "apelación rápida".
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si respondemos afirmativamente a una parte o la totalidad de lo que solicitó**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3</u>: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	*El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE"***

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto 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 enviaremos incluirá **instrucciones para 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 plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**:
  - **S**i la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
  - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que la organización de revisión nos envía la decisión.

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

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

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

- El día en que se va del hospital es la "**fecha del alta**".
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y su solicitud se considerará. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado "*An Important Message from Medicare about Your Rights*" (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, un enfermero) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente internado, incluidos los siguientes:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales	*El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (En la Sección 7.2 a continuación se explica cómo solicitar una revisión inmediata).*

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultarlo en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más allá de la fecha prevista del alta**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales	*Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".***

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores", para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería

continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales	*La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado de alta".** Para ver una copia de este aviso puede llamar a Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un ejemplo del aviso en línea en* https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices. html

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

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

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

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

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

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

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

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

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

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital ("rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

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

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

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

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y se siguieron todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares" para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

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

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

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Esto significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	*El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la* ***"Entidad de Revisión Independiente".*** *A veces se la denomina* ***"IRE".***

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *En esta sección se tratan solo tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).

En esta sección se hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica** en el hogar que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

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

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

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
   - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales	*Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación de vía rápida".** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (En la Sección 8.3, a continuación, se explica cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).*
	*El aviso por escrito se denomina **"Aviso de la no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, obtenga una copia en línea en* https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (En la Sección 4 se indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo la cobertura finalizará **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

- **Cumpla con los plazos límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si usted solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación de vía rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

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

Términos legales	*Esta explicación por escrito se denomina* ***"Explicación detallada de no cobertura".***

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención de la salud en el hogar, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un CORF *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

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

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

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

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

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

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

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

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

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

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

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

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

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

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Esto significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	*El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE".***

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

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

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

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

Apelación de Nivel 3:	**Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina "juez administrativo".

- **Si el juez administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Ley Administrativa rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

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

Apelación de Nivel 3: **Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina "Juez de Ley Administrativa".

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Ley Administrativa rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que aprobó el Consejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Servicio al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Servicio al cliente u otro personal de nuestro plan? • Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Celeridad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "respuesta rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

- *En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"queja"**.*
- *Otro término para "**presentar una queja**" es **"interponer un reclamo".***
- *Otra forma de decir **"usar el proceso para presentar una queja"** es **"usar el proceso para interponer un reclamo".***

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio al cliente.** Si hay algo más que tenga que hacer, el Servicio al cliente se lo informará. Llame a Servicio al cliente al 1-866-334-3141, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar sus quejas.** A esto lo denominamos la Compañía Aseguradora del Procedimiento de Reclamos de the Scott and White Health Plan. Todos los reclamos vinculados con la calidad de la atención médica recibirán una respuesta por escrito. Con el fin de que el Plan de salud evalúe su reclamo, usted debe interponer el reclamo en un plazo máximo de sesenta (60) días después del acontecimiento o incidente objeto del reclamo.
  - El Plan de salud recibirá, investigará y resolverá todos los reglamos con la rapidez que se requiera de acuerdo con su estado de salud, pero en un plazo máximo de treinta (30) días calendario tras la fecha de recepción del reclamo. El Plan de salud podrá ampliar el plazo de 30 días hasta catorce (14) días adicionales si usted solicita una prórroga o si el Plan de salud justifica la necesidad de obtener información adicional y documenta que el retraso le conviene. Si el Plan de salud amplía este plazo, le informaremos de inmediato el motivo del retraso por escrito.
  - El Plan de salud investigará el reclamo y le enviará una carta de respuesta en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de recepción del reclamo.
  - El Plan de salud le responderá en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas tras la recepción de un reclamo que implique la denegación de una solicitud de determinación de cobertura acelerada o una redeterminación de cobertura acelerada, si aún no ha adquirido o recibido el medicamento en disputa, en caso de que le corresponda a su plan.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto inmediatamente con el Servicio al cliente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida".** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales	En esta sección, una "**queja rápida**" también se denomina "**reclamo acelerado**".

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

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

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10

Cancelación de su afiliación en el plan

Capítulo 10.
Cancelación de su afiliación en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 224

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 224

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 224

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual 224

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas 225

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 226

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 227

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 227

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 227

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 229

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 229

SECCIÓN 5 SeniorCare Advantage (HMO) puede cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 229

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 229

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 230

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 231

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en SeniorCare Advantage (HMO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 indica cuándo usted puede cancelar su membresía en el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3 se describe *cómo* puede usted cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5 se describe situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su afiliación.

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

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período anual de inscripción y durante el Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de elección coordinada anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).

- Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
- *o* bien, Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura cubra los costos, en promedio, tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare como mínimo). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage anual**.

- **¿Cuál es el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage anual?** Durante ese tiempo, puede cancelar su inscripción en Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, tiene tiempo hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En ciertas situaciones, los miembros de SeniorCare Advantage (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**?

- **¿Quién reúne los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, reúne los requisitos para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo (LTC).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
  - *o* bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de parte D si más adelante se inscribe en un

plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura «acreditable» significa que se espera que la cobertura cubra los costos, en promedio, tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare como mínimo). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

¿Cuándo se cancelará su membresía? Generalmente, su afiliación se cancelará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación:

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior del folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2018*** (Medicare y usted 2018).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez.
  - También puede descargar una copia de este documento del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

- *O* bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura cubra los costos, en promedio, tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare como mínimo). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente, se cancelará su inscripción en el plan SeniorCare Advantage (HMO) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Automáticamente, se cancelará su inscripción en el plan SeniorCare Advantage (HMO) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. **Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). • Puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen la membresía en nuestro plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscipción en el plan SeniorCare Advantage (HMO) cuando comience la cobertura del plan Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si abandona el plan SeniorCare Advantage (HMO), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su afiliación en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 SeniorCare Advantage (HMO) puede cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

SeniorCare Advantage (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare de la Parte A y la Parte B.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se ausenta de nuestra área de servicio por más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense o no se encuentra presente en los Estados Unidos de forma legal.

- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante más de 2 meses calendario.
    - Debemos avisarle por escrito que tiene 2 meses calendario para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación:

- Puede llamar al **Servicio al cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

SeniorCare Advantage (HMO) no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, 7 días a la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su afiliación en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede interponer un reclamo o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....234

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 234

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 234

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Accesible, y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

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

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

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12.
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, producto o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía basándose en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

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

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención médica a domicilio brinda servicios que no requieren las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: son beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

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

Centro quirúrgico externo: un centro quirúrgico externo es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos externos a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

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

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento recetado.

Coseguro: un monto que posiblemente se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio o medicamento con receta después de que pague los deducibles. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido diario: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento recetado.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es aparte de la prima mensual del plan).El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

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

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

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $5,000 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus costos totales de los medicamentos, incluso los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre, en el año alcancen $3,750.

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

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

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

Farmacia de la red: una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de seis meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos brindará el tratamiento especial para su estado.

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

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

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

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

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

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca, pero, generalmente, cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan Medicare de costo o un plan Medicare Advantage.

Medicare Coverage Gap Discount Program: es un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

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

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso está por encima de cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de la prima de su plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto superior de la prima de la Parte B de Medicare (seguro médico) y de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Este monto adicional se denomina monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la parte D: Un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare de “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos recetados, lo denominaremos Parte D).

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

Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a Medicare Original. El Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage es del 1 de enero al 14 de febrero de 2018.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos y salud. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se aleja del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con recetas, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

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

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan de Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo por servicios que se reciban de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite superior para los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP) equivalente: un plan institucional de necesidades especiales que incluye individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación estatal. La evaluación debe llevarse a cabo mediante el uso del mismo respectivo nivel estatal de herramienta de evaluación del cuidado y debe estar administrada por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede limitar la inscripción a individuos que residen en una instalación de casa de reposo (ALF) contratada si es necesario para asegurar el suministro uniforme de cuidado especializado.

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan de necesidades especiales que incluye a individuos elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de atención LTC pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería, (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para las personas con discapacidad mental (ICF/MR) y/o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Un Plan institucional de necesidades especiales para atender a residentes de Medicare de centros de atención LTC debe tener un arreglo contractual con (o ser propietario y operar) el centro de atención LTC específico.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

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

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

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de queja se usa *solo* para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nosotros o las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan, encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio al cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Scott&White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Asistencia en otros idiomas

English:
ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Spanish:
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Vietnamese:
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Chinese:
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-334-3141（TTY：1-800-735-2989）。

Korean:
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989) 번으로 전화해주십시오.

Arabic:
ملحوظة: اذا كنت تتحدذا ثكر اللغة، فإن خدماا تـلمساعدا ةللغوية تتوافر لك بالمجاا .نتصل برقم 1-866-334-3141 (رقم هاتف الصم اولبكم: 1-800-735-2989).

Urdu:
خبرا :رادگر ودرا پـآ بولتـے ہیں، تو پـآ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہا ۔ ہیں
کریں .(TTY: 1-800-735-2989) 1-866-334-3141

Tagalog:
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

French:
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (ATS : 1-800-735-2989).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989) पर कॉल करें।

Persian:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلاز تبانی بصار تـرویگان بارامشدی فمهار می باشد. با 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989) تماس بگیرید.

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-334-3141 (телетайп: 1-800-735-2989).

Japanese:

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-334-3141 (TTY:1-800-735-2989）まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍ ລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Scott&White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Aviso sobre no discriminación

ATENCIÓN: Si habla inglés, contamos con servicios gratuitos de asistencia de idiomas.
Llame al 1-866-334-3141 (usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989).

El plan de salud de Scott and White cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El plan de salud de Scott and White no excluye a personas ni las trata de modo diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Provee suministros y servicios de forma gratuita para que personas con discapacidades se puedan comunicar con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (tamaño de lentra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Patricia Balz.

Si considera que Scott and White Health Plan no le ha prestado estos servicios o ha actuado de alguna otra forma discriminatoria por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante las siguientes autoridades:

Patricia Balz, Vicepresidenta de Recursos Humanos
2401 South 31st Street, MS-17-212, Temple, Texas 76508
254-724-8650, 254-724-1631
patricia.balz@bswhealth.org

Puede presentar una queja en persona, por correspondencia, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Patricia Balz, Vicepresidente de Recursos Humanos estará disponible para ayudarlo.

También puede presentar su reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos, disponible en https://ocrportal. hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. También puede comunicarse por correspondencia o por teléfono a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicio al cliente de SeniorCare Advantage (HMO)

Método	Información de contacto del Servicio al cliente
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas

El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas es un programa estatal que recauda fondos del gobierno federal para brindar servicios gratuitos de asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-3439
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance, Mail Code 111-1A 333 Guadalupe Austin, TX 78701-9104
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

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