



Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura

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

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), es ofrecido por Scott and White Health Plan. (Cuando, en esta *Evidencia de cobertura*, dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Scott and White Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a SeniorCare Advantage Select Rx [HMO]).

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

Este documento está disponible sin cargo en español.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicio al cliente al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 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, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

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 2019 Índice

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro	5
Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. 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.....	23
Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (SeniorCare Advantage Select Rx [HMO]) y con otras organizaciones, como 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 Ferrovianos.	
Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos.....	38
Explica puntos importantes que debe saber sobre cómo obtener 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)	51
Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles <i>no</i> como miembro de nuestro plan. También 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	100
Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos.	
Detalla los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica 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	123
Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos (Etapas del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones	

Índice

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 solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 141

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 149

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. 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) 161

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

- 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 su membresía en el plan 215

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 224

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 227

Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), que es un plan Medicare HMO	7
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para SeniorCare Advantage Select Rx (HMO).....	8
Sección 2.4	Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos	9
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	9
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos.....	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía para conocer las farmacias de nuestra red.....	11
Sección 3.5	La Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 4	Su prima mensual de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO)	12
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?	12
SECCIÓN 5	¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	13
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	13
Sección 5.2	¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?	13
Sección 5.3	En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa.....	14
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?	15
SECCIÓN 6	¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos?	15
Sección 6.1	¿Quién paga un monto adicional de la Parte D por sus ingresos?	15
Sección 6.2	¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D?	15
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?.....	16
Sección 6.4	¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?	16

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual.....	16
Sección 7.1	Existen diversas maneras para pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.....	17
Sección 7.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?	19
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	19
Sección 8.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted	19
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	20
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	20
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	21
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	21

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), que es un plan Medicare HMO**

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 Select Rx (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (“HMO” significa ‘Organización para el mantenimiento de la salud’) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

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

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta de Medicare cubiertos 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 a su disposición como miembro de SeniorCare Advantage Select Rx (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 tiempo para leer el folleto *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa o simplemente tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio al cliente del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará 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 Select Rx (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 cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

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 Select Rx (HMO) después del 31 de diciembre de 2019. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años SeniorCare Advantage Select Rx (HMO). Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la 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).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe el área de servicio).
- Sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- *Y no padezca enfermedad renal terminal (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 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 lo siguiente:

- 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 cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para SeniorCare Advantage Select Rx (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) está 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,

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

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

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

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) en caso de que no sea elegible para seguir siendo miembro en virtud de este requisito. SeniorCare Advantage Select Rx (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 su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

 JOHN DOE Member No.: 12345678900 HMO Health Plan: (80840) 7588667718 RX BIN: 610011 Group No.: RX PCN: CTRXMEDD PCP/Spec: / RX Copay: ER/Urgent: / Please have this card available at all times. This card is for identification purposes only and does not guarantee membership or coverage.  CMS H8142_	MEMBERS - Call 866-334-3141 for services requiring prior authorization. Emergency and urgently needed services are covered outside the plan service area (but not outside of the U.S.). If you require inpatient admission following an emergency, please notify SWHP within 48 hours of emergency services. Customer Service: 866-334-3141 advantage.swhp.org TTY (Hearing Impaired): 800-735-2989 Pharmacy Assistance: 855-816-6405 24-Hour Nurse Advice: 877-505-7947 PROVIDERS - For benefits and eligibility, visit https://portal.swhp.org/providerportal. For assistance, call 800-655-7947. Please send claims and related correspondence to: SCOTT AND WHITE HEALTH PLAN - Attn: CLAIMS PO Box 21800 Eagan, MN 55121-0800 
---	--

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

En la mayoría de los casos, mientras sea miembro de nuestro plan, **no debe usar la nueva 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 hospicio). Es posible que deba mostrar la nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde la nueva 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 es miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de su tarjeta de miembro de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), podría tener que pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se 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	El Directorio de proveedores: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan
--------------------	--

El *Directorio de proveedores* detalla nuestros proveedores de la red y distribuidores 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, distribuidores 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. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en 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 por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, se le puede pedir que utilice los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) autoriza 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 en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). En el Servicio al cliente, puede solicitar 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.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 3.3 El 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 sus 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 2019 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)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO).

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos si lo solicita. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (advantage.swhp.org) o llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 3.5 La Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por 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”).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No es necesario que pague una prima mensual por separado para SeniorCare Advantage Select Rx (HMO). No obstante, 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 mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. A continuación, se detallan estas situaciones.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un 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”. (“Acreditable” significa que la cobertura de medicamentos es, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto 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 costo dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin una cobertura para medicamentos con receta acreditable. La Sección 5 del Capítulo 1 explica 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.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**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 usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, 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 algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos con receta acreditable. (La “cobertura acreditable para medicamentos con receta” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que, en promedio, se espera que pague, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin una cobertura para medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), le haremos saber el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera su prima del plan. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que pierda sus beneficios de medicamentos con receta.

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

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que 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 con receta, 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 la nación desde el año anterior. Para 2019, el monto promedio de la prima es de \$33.19. Este monto puede cambiar en 2019.
- 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 \$33.19, lo que es igual a \$4.65. Esto se redondea a \$4.65. Esta suma se agregaría **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 (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- 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, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanuda 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 tarde y no tiene que pagar 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 con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare le llama a esto “**cobertura para medicamentos acreditable**”. Nota:
 - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - Nota: si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta 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 la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019) 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.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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 primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa 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, es posible que se cancele su inscripción debido al incumplimiento con el pago de sus primas del plan.

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

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D 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 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. 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), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto 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 por ley usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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 la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. 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 denomina monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. Si su ingreso personal es de \$85,000 o más (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o de \$170,000 o más 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 el plan se cancelará y perderá la cobertura de 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 el sitio web <https://www.medicare.gov> o 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. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El documento denominado *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)* incluye información sobre las

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

primas de Medicare en la sección titulada “Costos de Medicare en 2019”. Esta sección explica cómo difieren las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare en casos de personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You (Medicare y usted)*. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)* 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	Existen diversas maneras para pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D
--------------------	---

Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen cinco maneras de hacerlo.

Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede enviar su pago por correo postal a la siguiente dirección:

Scott and White Health Plan
PO Box 847473
Dallas, TX 75284-7473

Pague la multa por correo postal con un cheque personal, un cheque bancario o un giro postal.

- El cheque o el giro debe ser pagadero a Scott and White Health Plan.
- Incluya su identificación de miembro en su 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 asegurarse de que se registre a tiempo.
- Envíe su pago por correo postal a la dirección que aparece en la factura.

Los pagos de la multa vencen el primer día de cada mes. Los cheques deben ser pagaderos a Scott and White Health Plan y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Opción 2: Débito automático de una cuenta bancaria

En lugar de pagar con cheque, puede pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mediante débito automático de su cuenta bancaria. Los retiros de las cuentas bancarias se realizan entre el 4 y el 9 de cada mes. Puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org para realizar o configurar pagos mensuales.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 3: Puede pagar en línea

Los pagos en línea o los pagos electrónicos pueden realizarse a través de nuestro portal para miembros en advantage.swhp.org. Se deberá crear una cuenta individual para iniciar sesión. Una vez creada, seleccione “Make a Payment” (Realizar un pago) y siga los pasos. Se puede pagar con tarjeta de crédito o una cuenta bancaria. También tiene la opción de configurar pagos recurrentes.

Opción 4: Puede pagar por teléfono

Puede realizar un pago de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito por teléfono llamando al 1-844-722-6251. Tenga su número de cuenta bancaria/enrutamiento o información de la tarjeta de crédito a mano porque se le pedirá que los ingrese.

Opción 5: Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma, póngase en contacto con el Servicio al cliente. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D debe llegar a nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de su multa antes del décimo día de cada mes, le enviaremos un aviso en el que informaremos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D en un plazo de 60 días. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, póngase en contacto con el Departamento de Servicio al cliente para que le recomendemos programas que le ayuden a pagar la multa. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, Original Medicare brindará su cobertura médica.

Si cancelamos su membresía en el plan debido a la falta de pago de la multa, 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 inscripción abierta anual de Medicare, 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 posible que nos deba la multa que aún no haya pagado. Tenemos el derecho de intentar cobrar el monto de la multa que nos debe. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que nos debe antes de poder inscribirse.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si cree que hemos cancelado su membresía injustamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de un reclamo. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le indica cómo presentar un reclamo. Si vivió una situación de emergencia que se encontraba fuera de su control y, a causa de ello, no puede pagarnos las primas dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos la 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 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a 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 comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, a veces, usted puede necesitar comenzar a pagar o puede reunir los requisitos para dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía se puede aplicar si hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”.) Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez se quedó sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más.

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 miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso 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.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- 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 está participando en un estudio de investigación clínica.

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

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar 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 le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene 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 atentamente esta información. Si es correcta, no será 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

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 personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan****Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?**

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (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 este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- 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 y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o bien si necesita actualizar el resto de su información de seguro, 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 pidan 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 teléfonos y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Información de contacto de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan).....	24
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	27
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	29
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).....	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados).....	31
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	32
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	35
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	36

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente

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 Select Rx (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al cliente – Información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es 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	711 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. El horario de atención es 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 comunicarse 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 con relación al 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 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]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 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. El horario de atención es 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 comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación 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	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 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. El horario de atención es 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

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes**Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o sus 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 reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura 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	Información de contacto para quejas sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 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. El horario de atención es 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 DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en 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 por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y le 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]*).

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
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 celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, 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.

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

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 convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en 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: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> 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 acerca de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO): • Infórmele a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. 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).

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta 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. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Información de contacto del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas
LLAME AL	1-800-252-9240 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance 333 Guadalupe Austin, TX 78701
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.

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

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con KEPRO:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO
LLAME AL	1-888-315-0636 Días hábiles: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 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 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y 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 está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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 de parte

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.

Método	Información de contacto del Seguro Social
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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles 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 ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

Medicaid [SLMB+]).

- **Persona calificada (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 sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
LLAME AL	1-800-252-8263 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services, Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	http://hhs.texas.gov

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 los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. 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 recursos e ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la “Ayuda adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática.

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.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).

- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para conocer la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree ha reunido los requisitos para recibir la “Ayuda adicional” y considera que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago adecuado, o bien que le permite entregarnos estas pruebas si es que ya cuenta con ellas.

- Si obtiene un medicamento con receta y cree que el nivel de copago es más alto que lo que establece su estado de elegibilidad, presente en su farmacia una copia de cualquier documento que pueda tener que indique su estado de copago más bajo. Su farmacia puede llamar a la Mesa de Ayuda para Farmacias de Scott and White Health Plan al 1-800-728-7947. Se le pedirá a su farmacia que envíe por fax una copia a Scott and White Health Plan de cualquier prueba que pueda brindar que respalde su elegibilidad para un estado de costo compartido/copago más bajo al 1-254-298-3535.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para los miembros en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de sin cobertura y no estén recibiendo la “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70 % que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su 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 gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) 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 sin cobertura, el plan paga el 63 % del precio por los medicamentos genéricos y usted el 37 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) 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 sin cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad 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)?

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 70 % de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % 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 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso 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 a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP). Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, lo que incluye la prueba de residencia en el estado y de portador de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y condición de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Puede comunicarse con el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090 o visite <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 cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene 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 el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe 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

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

comunicarse con nosotros 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 ayuda 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 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.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Texas, los Programas estatales de asistencia farmacéutica son el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de VIH de Texas y el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón de Texas.

Método	Información de contacto del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de VIH de Texas
LLAME AL	1-800-255-1090, interno: 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
LLAME AL	1-800-222-3986
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Kidney Health Care Program (KHC) Department of the State Health Services MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, Texas 78714-9347
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

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 alguna

Capítulo 2. Números de teléfonos y recursos importantes

pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique 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. Horario de atención 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 <i>no</i> 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) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio al cliente 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 virtud de 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	39
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	39
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan	39
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	40
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica	40
Sección 2.2	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	41
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red	42
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	42
Sección 3.1	Cómo obtener atención ante una emergencia médica	42
Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios	43
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	44
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	44
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos	44
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	45
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	45
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	45
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	46
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de asistencia no médica”	47
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de asistencia no médica?	47
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de asistencia no médica cubre nuestro plan?	47
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	48
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?	48

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 atención médica cubierta. 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 ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de 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 nuestros pagos y sumonto de 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 de manera directa por la atención que le brindan. 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 cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

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

SeniorCare Advantage Select Rx (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 servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

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

- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan).

Existen tres excepciones:

- El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor que no pertenezca a la red. En estos casos, se debe obtener autorización previa de Scott and White Health Plan antes de recibir los servicios fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a 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 usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1	Debe 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?

Es recomendable que los miembros de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) elijan un PCP, pero no es obligatorio que obtengan remisiones para consultar con un especialista. El PCP es un profesional de atención médica que cumple con las exigencias estatales y que está capacitado para brindarle la atención médica básica. El PCP brinda atención de rutina o básica y coordina el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan, como radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, internaciones 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. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, su PCP puede ayudarlo a coordinar estos servicios con el plan de salud. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Dado que el PCP brinda y coordina su atención médica, es útil que usted como miembro se asegure de que su PCP tenga todos sus registros médicos anteriores.

¿Cómo elige al PCP?

Seleccione un PCP de nuestro Directorio de proveedores en línea o impreso y llame al Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan al número que se encuentra impreso en el reverso de este folleto para informarles su decisión. El Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan también puede brindarle ayuda para seleccionar un PCP si es necesario. Esta información se agregará a su registro de membresía.

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Llame al Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan al número que se encuentra impreso en el reverso de este folleto para preguntar cómo cambiar su PCP. El cambio de PCP entrará en vigor 72 horas después de presentar su solicitud.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

No es necesaria una remisión de su PCP para recibir atención cubierta de proveedores de la red, incluidos los especialistas. Sin embargo, usted, su PCP o su representante designado puede necesitar una aprobación por adelantado (una “autorización previa”) de nuestro plan para ciertos servicios. Si es necesario obtener una autorización previa y usted o su médico no lo hacen, SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) no pagará los servicios. Para obtener información sobre la autorización previa o la remisión, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4. Los especialistas y centros deben pertenecer a la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO).

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. 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 su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le 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 hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

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

- 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, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Encontrará la lista más actualizada de los proveedores de la red en advantage.swhp.org. Consulta el Directorio de proveedores antes de recibir atención de un médico u otro proveedor que es nuevo para usted.

Para obtener más ayuda, llame al 1-866-334-3141, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red
--

Por lo general, debe utilizar proveedores de la red para recibir la atención cubierta. No obstante, si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Le recomendamos trabajar con su PCP o especialista de la red cuando presentar una solicitud de atención fuera de la red. Es posible que su médico pueda explicarle mejor su afección médica y brindarle detalles específicos sobre su solicitud. Para obtener la autorización previa, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711). Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de emergencia o para servicios de urgencia fuera del área. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los miembros con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio de los planes y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados.

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**” se produce 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, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda 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 una remisión del PCP.

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

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. (El número de teléfono al que debe llamar aparece 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 cuando lo 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 se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios (para obtener más información sobre este tema, 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 afección imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una afección conocida que tiene.

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

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar los proveedores contratados de atención 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 se encuentra en la portada posterior de este folleto para que lo ayuden a encontrar proveedores contratados de atención de urgencia.

¿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.

El plan no cubre los servicios de urgencia ni ningún otro tipo de servicio si recibe la atención 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 advantage.swhp.org para saber sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, 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 Select Rx (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos 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 y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

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 quiere 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 portada posterior 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 no se cubre un servicio, el gasto de bolsillo no se tendrá en cuenta para el costo máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el costo máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar al Servicio al Cliente si quiere saber cuánto ha utilizado del límite de 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 un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar 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 constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare 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 esa participación.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan 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.

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

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. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación. *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 de investigación clínica, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos 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 Original Medicare 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 Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare 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 resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. 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.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿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), durante 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 asistencia no médica”

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

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de asistencia no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y 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 asistencia no médica que se presten en instituciones religiosas de asistencia no médica.

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

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

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

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

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de asistencia no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización 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?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), no tendrá posesión de los productos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el producto como miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del producto. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13

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

nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del producto. No hay excepciones a este caso cuando 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	Comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	52
Sección 1.1	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos	52
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?	52
Sección 1.3	Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios	53
Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”	53
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	54
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	90
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	90

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**SECCIÓN 1 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 cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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.

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

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto 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 cada año por los servicios médicos dentro de la red 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.

En su condición de miembro de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2019 es \$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 los medicamentos con receta 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 contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de \$5,300 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo para el resto del año por los servicios de la

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

Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. No obstante, usted deberá 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).

Sección 1.3 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios

Además del monto dentro de la red y del monto combinado que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la Sección 1.2 más arriba), también tenemos un monto máximo separado que paga de su bolsillo y que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,750 para servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados. Una vez que haya pagado \$1,750 de su bolsillo para servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted durante el resto del año calendario. Tanto el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B como el monto máximo que paga de su bolsillo para servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados se aplican a los servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados. Esto significa que, una vez que haya pagado \$5,300 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, el plan cubrirá los servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados sin costo para usted durante el resto del año calendario.

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

Como miembro de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “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.

Aquí le mostramos cómo 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 del 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:
 - 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 en 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 que no participa en 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).

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

- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior 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 en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre SeniorCare Advantage Select Rx (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 (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, 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, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. 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 su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otra información importante que debe saber sobre su 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 que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)*. Consúltelo 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 7 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. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si

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

Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez 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, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
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 solo 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 servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$265 por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. <i>Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.</i> Los copagos que se especifican más arriba se aplican a un viaje de ida o de vuelta en ambulancia. Copago de \$265 por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Los copagos que se especifican más arriba se aplican a un viaje de ida o de vuelta en ambulancia.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Consulta 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. Está cubierta 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 se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (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.
 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 las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con un 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.	Copago de \$0 por los servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensa cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>
 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 esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 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 o de vagina o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación.	Copago de \$20 para cada consulta de atención quiropráctica cubierta por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: - Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: - Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT) - Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: - Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: - Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos: Crédito combinado de hasta \$1,500 por año para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales adicionales. • Exámenes bucales Limitado a 1 examen bucal cada seis meses. • Profilaxis (limpieza) Limitado a 1 limpieza cada seis meses. • Radiografías dentales Limitado a 1 radiografía cada tres años. • Servicios de diagnóstico Limitado a 1 servicio de diagnóstico cada seis meses. • Extracciones Limitado a 1 extracción cada cinco años. • Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios Limitado a 1 servicio cada cinco años.	Copago de \$0. Copago de \$0. Copago de \$0. Copago de \$0. Coseguro del 50 %. Coseguro del 50 %. Para obtener información sobre las exclusiones en odontología, consulte la Sección 3.1 del Capítulo 4.
 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 o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba 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). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 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 análisis 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 que padecen diabetes y 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 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 la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y suministros para la diabetes.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web advantage.swhp.org. Por lo general, SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante 90 días como máximo. En ese período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es apropiada para sus necesidades médicas después de los 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita a otro profesional para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca son apropiados para su afección médica. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).	Coseguro del 20 % para los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica se produce 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 de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que para los servicios que se brindan dentro de la red.	Copago de \$80. No se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital en un período de 24 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, o si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Este beneficio está disponible solo en los Estados Unidos.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Educación sobre salud y bienestar A través del programa Silver and Fit, los miembros tienen las siguientes opciones disponibles sin costo: • Una membresía para el gimnasio: puede ir a un gimnasio de Silver and Fit, YMCA o un centro de ejercicios* cercano que participe en el programa. • Un programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre varios kits de acondicionamiento físico si no puede ir a un gimnasio o si desea entrenarse en su hogar. Puede obtener hasta 2 kits cada año de beneficio. Los miembros de Silver and Fit también pueden acceder a clases de Silver and Fit de bajo impacto (si están disponibles), que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza muscular y la resistencia, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación; clases de envejecimiento con salud (en línea o DVD); un boletín informativo trimestral; y herramientas web. * Los servicios no estándar que requieran un cargo adicional no forman parte del programa de Silver and Fit y no se reembolsarán.	Copago de \$0.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe 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 realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Exámenes auditivos de rutina Límite de 1 consulta por año. Evaluación/colocación de audífonos Límite de 1 consulta por año. Audífonos Crédito combinado de hasta \$1,000 para ambos oídos cada tres años para audífonos. • Todos los tipos Límite de 1 audífono cada tres años.	Copago de \$40 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$40 por un examen auditivo de rutina por año. Copago de \$0. Copago de \$0.
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención médica a domicilio 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 casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de 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 los servicios de un auxiliar 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	Copago de \$0 para consultas de salud a domicilio cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un hospicio Es posible que reciba atención a través de un 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 pronóstico terminal que certifique que tiene una 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 controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención a domicilio. <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre.	Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal:</u> 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 pronóstico 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 de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • 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). <u>Para los servicios cubiertos por SeniorCare Advantage Select Rx (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> SeniorCare Advantage Select Rx (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 pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio 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 relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno; cubrimos vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y hepatitis B.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica 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 (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados 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 revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante.	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. <i>Se requiere autorización previa.</i> Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital. Si obtiene autorización para recibir atención 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.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar alejado fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos 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 del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-anInpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar 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.	Usted paga un coseguro del 20 % a partir de la primera pinta de sangre que necesite.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Tiene un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al 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. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Hospitalización para pacientes internados: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o un SNF durante una hospitalización para pacientes internados no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización para pacientes internados no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización para pacientes internados. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos	Copago de \$0 para cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de \$40 para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de \$0 a \$300 por servicios, procedimientos y pruebas radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación 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 • Consultas de fisioterapia o terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje	Coseguro del 20 % para cada dispositivo protésico cubierto por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i> Copago de \$25 para consultas de fisioterapia o patología del habla y del lenguaje o terapia ocupacional cubiertas por Medicare.
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
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: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	Coseguro del 20 % para servicios de quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos. <i>Se puede requerir autorización previa.</i> Es posible que se requiera un tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa. Exige que primero pruebe un medicamento menos costoso de eficacia comprobada para la mayoría de las personas con su afección antes de que pueda subir un “escalón” hacia un medicamento más costoso.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis 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). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio 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. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe 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, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i> Coseguro de 20 % para servicios radiológicos terapéuticos, cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i> Copago de \$75 a \$300 según los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no incluye radiografías) para CT, MRI, mielografía, exploración con PET, MRA, SPECT, CTA, cardiología nuclear y pruebas de resistencia. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos: servicios de diagnóstico que no sean radiológicos • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos: servicios de diagnóstico radiológicos, no incluye radiografías	Usted paga un coseguro del 20 % a partir de la primera pinta de sangre que necesite. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y 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	Copago de \$275 para cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$350 para hospitalizaciones para paciente externo cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i> Coseguro del 20 % para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos. <i>Se requiere autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado al hospital, usted es un paciente externo y paga el monto del costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-anInpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar 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.	Coseguro del 20 % para servicios de quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención psiquiátrica 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 por Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Copago de \$40 para cada consulta de terapia individual o grupal, con o sin un psiquiatra, cubierta por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>
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 son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	Copago de \$25 para consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$25 para consultas de fisioterapia o patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos Tiene cobertura para el tratamiento de abuso de sustancias a través de Original Medicare. * Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener la autorización de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO). El tratamiento para el abuso de sustancias químicas incluye servicios médicos para la desintoxicación aguda y la rehabilitación para pacientes externos según las pautas de Medicare.	Copago de \$45 por consultas grupales e individuales como paciente externo para el tratamiento de abuso de sustancia cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado al hospital, usted es un paciente externo y paga el monto del costo compartido para cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.	Copago de \$350 para cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare. Se aplicará un coseguro del 20 % a los servicios de transfusión. <i>Se requiere autorización previa.</i> Coseguro del 20 % para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i> Copago de \$275 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado 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 para paciente internado.	Copago de \$40 por día para servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe 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 ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental 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).	Copago de \$0 para cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de \$40 para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	Las consultas de podiatría que cubre Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies. Copago de \$45 para consultas de podiatría cubiertas por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe 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 • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.
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). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos 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 requiere autorización previa para dispositivos protésicos y suministros relacionados cuando el miembro usa un proveedor dentro de la red. Si un miembro elige dispositivo o suministro de un proveedor que no está en la red, el miembro primero debe recibir una autorización previa del plan de salud para que se cubra el dispositivo suministro.	Coseguro del 20 % por suministros médicos relacionados con dispositivos protésicos, entablillados y otros dispositivos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen un orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de \$0 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir 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 dependientes. 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.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de, al menos, 30 paquetes por año y que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o profesional no médico calificado. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito 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 elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales muy 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 son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos 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 los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente 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 autodiálisis en su 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 los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	Copago de \$0 para servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Coseguro del 20 % para servicios de diálisis cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro 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: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que deba pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un 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	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. Se requiere hospitalización previa de tres días calificada por Medicare. Para la atención en un SNF cubierta por Medicare: Días 1 a 20: copago de \$0 por día. Días 21 a 100: copago de \$167.50 por día. <i>Se requiere autorización previa.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> 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 asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <u>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:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe tener las siguientes características: • Estar compuesto por sesiones de 30 a 60 minutos que comprendan un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado que se asegure de que el beneficio supere los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. La cobertura de SET puede extenderse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas para proporcionar 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Copago de \$0 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i>
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 los servicios de urgencia necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que para los servicios que se brindan dentro de la red.	Copago de \$50 para consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare. No se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital en un período de 24 horas por la misma afección. Este beneficio está disponible solo en los Estados Unidos.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. - Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. - 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 una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Examen de la vista de rutina Límite de 1 consulta por año.	Copago de \$40 para cada examen de la vista cubierto por Medicare. Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento cubiertos por Medicare para enfermedades y afecciones oculares, incluida una prueba anual de detección de glaucoma para personas en riesgo. Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto rígidos luego de una cirugía de cataratas. Copago de \$0 por hasta un examen de la vista de rutina por año.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Anteojos de rutina adicionales Crédito combinado de hasta \$125 por año para todos los anteojos adicionales. • Lentes de contacto Limitado a 12 pares de lentes de contacto por año. • Monturas de anteojos Limitado a 1 par de monturas de anteojos por año. • Lentes de anteojos Limitado a 1 juego de lentes para anteojos por año. • Anteojos (lentes y monturas) Limitado a 1 par de anteojos (lentes y monturas) por año.	Copago de \$0. Copago de \$0. Copago de \$0. Copago de \$0.
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?**Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)**

Esta sección indica qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que 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 se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. La única excepción es que pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (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 o 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	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	√	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		√ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un Estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en el hospital.		√ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	√	
*El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.	√	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	√	
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	√	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos estéticos.		√ - Se cubren en casos de una 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 también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	√	
Atención dental que no es de rutina.		√ Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Atención de quiropráctica de rutina.		√ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies.		√ Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Entrega de comidas a domicilio.	√	
Zapatos ortopédicos.		√ Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		√ Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.	√	
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.
Procedimientos para invertir la esterilización o suministros de anticonceptivos no recetados	√	
Acupuntura.	√	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	√	

*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.

Otras exclusiones:

- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, 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 al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de sus montos del costo compartido.
- La cobertura para medicamentos se limita a aquellos productos farmacéuticos recetados o indicados por un proveedor y utilizados por el suscriptor mientras está en el hospital. Los medicamentos para el hogar no están cubiertos, salvo en la medida que estén cubiertos por Medicare, como medicamentos contra las náuseas después de la quimioterapia.
- Los exámenes físicos y los informes para cualquier fin que no sean atención médica necesaria como empleo, licencias, seguro, escolaridad o viajes.
- Los servicios para los cuales el suscriptor recibiría un reembolso por la atención de una lesión o enfermedad ocupacionales en las circunstancias cubiertas por las leyes de responsabilidad del empleador.
- Pruebas psicológicas que no son necesarias desde el punto de vista médico u otros exámenes con fines educativos o de desarrollo.
- Salvo que la ley lo exija de otro modo, Scott and White Health Plan no pagará a ningún proveedor ni reembolsará al suscriptor por cualquier servicio cubierto para el cual el suscriptor no tendría obligación de pagar si no tuviera cobertura conforme a este acuerdo.
- El tratamiento para lesiones o enfermedades causadas por una guerra.
- Los servicios enumerados más arriba que no estén cubierto seguirán sin cobertura incluso si se reciben en un centro de emergencias.
- Dispositivos artificiales, aparatos correctivos y suministros médicos, como baterías, condones, vendas, jeringas, prótesis dentales, audífonos, anteojos y lentes correctivos (salvo las especificaciones del Capítulo 4).
- Costos/cargos asociados con el llenado o la copia de formularios médico o de otra índole.

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

Seguro odontológico: exclusiones

1. Servicios que no son necesarios desde el punto de vista odontológico, aquellos que no cumplen los estándares generalmente aceptados de atención médica para tratar la afección dental particular o que MetLife considera de naturaleza experimental.
2. Servicios para los cuales una persona con cobertura no necesitaría pagar sin seguro odontológico.
3. Servicios o suministros que recibe una persona con cobertura antes de que su seguro comience.
4. Servicios que no son brindados ni indicados por un dentista, salvo por los servicios de un higienista dental que son supervisados y facturados por un dentista, y que son para raspar o pulir los dientes, o para tratamiento con flúor.
5. Servicios que son principalmente estéticos, salvo que se requieran para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito en un niño recién nacido.
6. Servicios o aparatos que restablecen o alteran la oclusión o la dimensión vertical.
7. Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión, salvo que la causa sea una enfermedad.
8. Restauraciones o aparatos usados para el entablillado periodontal.
9. Asesoramiento o instrucción sobre higiene bucal, control de placas, nutrición y tabaco.
10. Suministros o dispositivos personales, entre los que se incluyen, irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilos dentales.
11. Colocación inicial de una prótesis dental para reemplazar uno o más dientes que se perdieron antes de que dicha persona tuviera seguro dental, salvo por los dientes naturales que se pierden congénitamente.
12. Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
13. Consultas perdidas.
14. Servicios cubiertos a través de la compensación laboral o las leyes de enfermedades ocupacionales.
15. Servicios cubiertos por las leyes de responsabilidad del empleador.
16. Servicios para los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios no está obligado a pagar.
17. Servicios recibidos en un centro mantenido por el titular de la póliza, el sindicato, la asociación de beneficios mutuos o el hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos.
18. Servicios cubiertos por otra cobertura que brinda el titular de la póliza.
19. Restauraciones temporales o provisionales.

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

20. Aparatos temporales o provisorios.
21. Medicamentos con receta.
22. Servicios para los cuales la documentación presentada indica un mal pronóstico.
23. Servicios, en la medida que dichos servicios o beneficios para dichos servicios estén disponibles a través de un plan del gobierno. Esta exclusión se aplicará ya sea que la persona que recibe los servicios está inscrita o no en el plan del gobierno. MetLife no excluirá el pago de los beneficios para dichos servicios si el plan del gobierno exige que el seguro odontológico a través de la póliza grupal se pague primero.
24. Lo siguiente cuando el dentista lo cobra por separado: llenado del formulario de reclamación; control de infecciones, como guantes, máscaras y esterilización de suministros; o anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia como óxido de nitrógeno.
25. Servicios odontológicos que surjan de una lesión accidental en los dientes y las estructuras de apoyo, salvo por las lesiones a los dientes por mascar y morder alimentos.
26. Pruebas de susceptibilidad a caries.
27. Fijaciones de precisión asociadas con prótesis fijas y extraíbles.
28. Ajuste de una prótesis dental realizada dentro de los 6 meses después de la colocación por el mismo dentista que la colocó.
29. Dispositivos o aparatos protésicos duplicados.
30. Reemplazo de aparatos por pérdida o robo, reparación de molde dentario o prótesis dental.
31. Imágenes fotográficas intra- y extrabucles.
32. Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos dañinos.
33. Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar de dientes), entre los que se incluyen, protectores oclusales y protectores nocturnos.
34. Implantología, incluidas las 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 materiales sellantes.

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

41. Espaciadores.
42. Protección pulpar.
43. Mantenimiento periodontal.
44. Tratamiento paliativo de emergencia.
45. Restauraciones con moldes dentarios, incluidos incrustaciones, recubrimientos, coronas.
46. Coronas prefabricadas.
47. Prótesis con soporte de implante.
48. Reparaciones.
49. Recementaciones.
50. Reconstrucción de coronas: postes y muñones.
51. Tratamiento de conducto.
52. Pulpotomía.
53. Terapia pulpar.
54. Apexificación y recalcificación.
55. Cirugía periodontal.
56. Servicios de periodoncia no quirúrgicos, como raspado y pulido radicular.
57. Colocación inicial o reemplazo de una prótesis dental fija y permanente.
58. Cirugía bucal, salvo que se especifique como servicio cubierto.
59. Anestesia general/sedación intravenosa.
60. Consultas.
61. Servicios generales.
62. Ajustes oclusales.
63. Empastes sedativos.

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	102
Sección 1.1	En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D	102
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D	103
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	103
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red.....	103
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	104
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan	105
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	105
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan	106
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	107
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	107
Sección 3.2	Existen cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.....	108
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	108
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	108
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	108
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	109
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	110
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	110
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera	110
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?.....	111
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?	112
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	113

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

Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año	113
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?	114
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	116
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	116
SECCIÓN 8	Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta	117
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro	117
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?	117
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	117
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?	117
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	118
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?	118
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	119
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	120
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura	120
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides	120
Sección 10.3	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	121

**¿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 ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no se aplique a su caso en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D**. 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”. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de este folleto.)

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 Select Rx (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, por lo general, cubre los medicamentos que le dan durante las hospitalizaciones cubiertas en el hospital o en un centro 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. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las hospitalizaciones cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico 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*

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

se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?). Para obtener más información sobre la cobertura de hospicios, consulte la sección sobre hospicios del Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)).

Las siguientes secciones son sobre la cobertura de sus medicamentos en virtud de las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre 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 los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona que emite recetas) que escriba su receta.
- 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 denegará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que la llame o la 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 con receta. (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*).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener 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 con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

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

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) 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?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de convalecencia) tiene 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, la cual, 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, póngase en contacto con el Servicio al cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (*Nota:* es muy poco frecuente que se presente esta situación).

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan**

Para utilizar nuestro servicio de pedidos por correo debe solicitar un suministro de *90 días como máximo*.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al número de teléfono que aparece 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 14 días como máximo. Sin embargo, a veces, puede haber demoras. Si su medicamento con receta de pedido por correo se demora, el servicio de pedido por correo que está procesando su pedido debería comunicarse con usted. Si no se comunican con usted y su medicamento con receta no llega, debe comunicarse con el servicio de pedido por correo que estaba procesando su pedido. Harán un seguimiento de su pedido para ubicar el medicamento con receta. El servicio de pedido por correo será responsable de acelerar su medicamento con receta o de comunicarse con la farmacia minorista que usted elija y con el plan para obtener cualquier anulación o aprobación para permitir que se obtenga un medicamento con receta para garantizar la cobertura adecuada del medicamento.

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. Esto le dará la oportunidad de asegurar que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de detener o postergar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. 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 medicamentos con receta de pedido por correo. En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia con 14 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 comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con el plan de salud para brindar sus preferencias de comunicación.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea 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 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 aceptar un monto más bajo del costo compartido para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas pueden no aceptar el monto más bajo del costo compartido para un suministro a

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

largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que pueden brindar 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. Usted puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Para utilizar nuestro servicio de pedidos por correo debe solicitar un suministro de 90 días como máximo. 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 con receta 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 brindarle ayuda, 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:

- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que no está en existencias en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red accesible (incluidos los medicamentos de alto costo y exclusivos).

Si el plan paga los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que usted siga pagando más de lo que habría pagado si hubiera ido a una farmacia dentro de la red. Si va a una farmacia fuera de la red por alguno de los motivos que se enumeran más arriba, el plan cubrirá el suministro de medicamentos para un mes como máximo.

En estos casos, **consulte primero con el Servicio al Cliente** para saber 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?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 **Sus 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.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los 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 Drogas y Alimentos. (Es decir que la FDA aprobó 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 American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX, 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 con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

Sección 3.2 Existen 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 su costo por el medicamento.

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

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

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

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (advantage.swhp.org). La Lista de medicamentos en el 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 globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección y sea seguro y eficaz. 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 alentarle 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 el costo compartido de los medicamentos.

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

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 estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener 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 se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (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?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **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 ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o 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 guiar 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, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. 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**.

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

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 al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con 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 acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están 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 obtener información sobre 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 estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener 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 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 que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta 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:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que eleva el costo compartido

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

más de lo que usted considera que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco diferentes niveles de costos compartidos. Lo que paga por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento.

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

- Si el 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 el medicamento está en un nivel de costo compartido que eleva el costo más de lo que usted considera que debería ser, vaya a 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 su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros 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 cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

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 ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos 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, se explican las restricciones).

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

- **Miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

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.**

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

Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (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).

- **Miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días y son residentes en un centro de LTC y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional a la situación del suministro temporal que se indicó anteriormente.

- Para los miembros con un cambio en el nivel de atención, como el cambio de un entorno de tratamiento a otro (p. ej., alta de un hospital a un centro de atención a largo plazo), se permitirá una excepción para un suministro de 31 días por única vez (salvo que la receta esté indicada para menos días).

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior del folleto).

Durante el tiempo en el que está obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan 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. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

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 demasiado elevado, estas son

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

algunas medidas que puede tomar:

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. Esta 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

Usted y su proveedor pueden solicitarle 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 que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

Los medicamentos de especialidad (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos 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 tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **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 podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Trasladar 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.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?**Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. 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).

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

Cambios que pueden afectarlo este año. En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.
 - Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
 - Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos 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]).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, algún medicamento debe retirarse del mercado repentinamente porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos

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

sobre este cambio de inmediato.

- La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**

- Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso con, al menos, 30 días de anticipación o darle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Durante este período de 30 días, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento 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]*).

Cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: En el caso de los cambios a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si en la actualidad toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1.º de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante consultar la Lista de medicamentos del nuevo año para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción: que se determine en una apelación que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido de la Parte D y que debimos 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 presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, 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 Administración de Drogas y Alimentos (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 American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX y, para el cáncer, 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 utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.

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

- 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 recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red facturará al plan de forma automática la parte que *nos corresponde* del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

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 solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el 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 hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. 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 con receta de la Parte*

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

D), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta: 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 su 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 atención a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en 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 al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (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 suministro máximo de 30 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 ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o bien 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 en el que está obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle 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 indica 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 con receta que le brindemos será

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

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, ya que 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 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 de su empleador o grupo de jubilados, o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio 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 deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta 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 manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman 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 esté 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 administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos que, con frecuencia, se usan indebidamente. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que usted está en riesgo de usar indebidamente o abusar de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en una sola farmacia.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un solo médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

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

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explicará las condiciones de las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de usar indebidamente los medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitar una apelación. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, o si está recibiendo atención en un hospicio o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros 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 toman.

Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta 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. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

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 lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

CAPÍTULO 6

**Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con
receta de la Parte D**

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

SECCIÓN 1	Introducción	125
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura para medicamentos.....	125
Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos	126
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	126
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO)?	126
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	127
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)	127
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos.....	128
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5	129
Sección 4.1	Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$300 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.....	129
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.....	129
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene	129
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento	130
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.....	132
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento <i>a largo plazo</i> (para 90 días como máximo).....	132
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$3,820	133
SECCIÓN 6	Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 37 % de los costos de los medicamentos genéricos.....	134
Sección 6.1	Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los \$5,100.....	134

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

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta	134
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	136
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año.....	136
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	137
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna.....	137
Sección 8.2	Usted puede llamar al Servicio al cliente antes de administrarse una vacuna.....	139

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

¿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 ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no se aplique a su caso en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** 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”. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de este folleto.)

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 con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Tal como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están cubiertos por la Parte D; algunos están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta 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 simplificar las cosas, a esto lo denominamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También le dice 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 al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5 se proporcionan detalles sobre la cobertura para

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

medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta 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 obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con 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 miembros de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO)?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta en virtud de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular,

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

hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo **que paga de su bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de los 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* (en ocasiones, denominada “EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron 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 los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del 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. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **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). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con 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 la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, los pagos

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

realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), por el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan como costos que paga de su bolsillo. 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 una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). 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 para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$300 para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. **Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, usted no pagará ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura de inmediato.

- 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 con receta 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 con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con 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

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

costo compartido. En general, cuanto mayor sea el monto del nivel de costo compartido, mayor será el costo de su medicamento.

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos no preferidos y Nivel 5: medicamentos de especialidad

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

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

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento, *o bien* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.

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

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) (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido para pedido por correo (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (un 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) (un suministro para 30 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$6	\$6	\$6	\$6
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$20	\$20	\$20	\$20
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$47	\$47	\$47
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	\$100	\$100	\$100	\$100
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	27 %	27 %	27 %	27 %

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**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 con receta 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 paga será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
 - A continuación, le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será \$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 funciona 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 ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (para 90 días como máximo)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 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 90 días como máximo) de un medicamento.

- Nota: si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento, *o bien*

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

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) (un suministro para 90 días como máximo)	Costo compartido para pedido por correo estándar (un suministro para 90 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$12	\$12
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$40	\$40
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$94	\$94
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	\$200	\$200
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos del Nivel 5.	

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$3,820
--

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y resurtido alcance el límite de **\$3,820 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted ha pagado y lo que algún 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. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
 - Los \$300 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.

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

- El total que ha pagado como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante 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 2019, 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 alcanzan el límite anual de \$3,820.

Le informaremos cuando alcance el monto de \$3,820. Si alcanza este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 37 % de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los \$5,100

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Paga el 25 % 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 se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 37 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) 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 sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y no más del 37 % de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue al monto máximo que ha fijado Medicare. En 2019, ese monto es de \$5,100.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando alcanza el límite de \$5,100 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 que paga de su bolsillo por medicamentos con receta
--

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

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

Estos pagos se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo.

Cuando sume los costos que paga de su 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:
 - La Etapa del deducible.
 - La Etapa de cobertura inicial.
 - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, programas estatales de asistencia farmacéutica que cumplen con los requisitos de Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período 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 \$5,100 dentro del año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo

Cuando suma los costos que debe pagar de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A y la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.

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

- Pagos que realiza para los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en el período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame al Servicio al cliente para informarnos (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿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 el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo incluye información sobre este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo el total de \$5,100 para el año, este informe le explicará 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 describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos 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 los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$5,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea *mayor*.

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

- *Ya sea* un coseguro del 5 % del costo total del medicamento;
- *O bien*, \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.50 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 el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan brinda 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.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura cubre el costo **del medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura cubre el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “administración” de la vacuna).

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

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas consultando 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 paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.

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

- 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 del período 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. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por 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 monto que pagó, menos el copago normal por 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 esta 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 deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total por 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 monto 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 esta diferencia).

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

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

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero 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 si acude 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 solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo.

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**

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	142
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	142
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	144
Sección 2.1	Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago	144
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	145
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos	145
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	146
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	146
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	146

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

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 deben ser cubiertos, 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 ha recibido 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, independientemente de que este sea 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 de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos 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

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

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 del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “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 pondremos en contacto con el proveedor directamente 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

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

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 la documentación correspondiente para el reembolso.

Para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Servicio al cliente. (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 obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (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 su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta 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

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

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 con receta.

Guarde su 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 con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Si, en algunas circunstancias, usted debe pagar el costo total de los servicios cubiertos cuando se le brindan, por ejemplo, si recibe servicios de un proveedor o centro que no factura a Medicare, deberá obtener un recibo detallado de los servicios brindados y presentarlo con prueba de su pago para recibir el reembolso a través de los beneficios de SeniorCare Advantage Select Rx (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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) 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 realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (advantage.swhp.org) o llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los

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

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 de farmacia:

Scott and White Health Plan

MS-A4-102 1206

West Campus Drive

Temple, Texas 76502

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que 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 ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo 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 con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica ni el medicamento, o bien si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos

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

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 usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con 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 y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales 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 hacer 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

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento por un precio inferior al que ofrece nuestro plan

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, es posible que una farmacia ofrezca un precio especial por el medicamento. O bien puede tener una tarjeta de descuento que no se incluya en nuestro beneficio y ofrezca un precio

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

inferior.

- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones, y su medicamento debe estar 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:** 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 ayudarlo 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 un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar 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:** como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, 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 ayudarlo 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, usted 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**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	150
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	150
Sección 1.2	Debemos tratarle con imparcialidad y respeto en todo momento	151
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	151
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	152
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	153
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	154
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado.....	156
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	156
Sección 1.9	¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?	157
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	157
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	157

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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 español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, 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 personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También podemos proporcionarle información en otros idiomas o letra grande, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos 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 están impresos en la portada posterior de este folleto) o comuníquese con el responsable de Cumplimiento de Scott and White Health Plan.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para interponer un reclamo ante Scott and White Health Plan. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo, se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan para obtener más información.

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 Scott and White Health Plan's Chief Compliance and Risk Officer.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call us to file a complaint with Scott and White Health Plan. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. 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 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).

Chương trình của chúng tôi có nhân viên và dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí luôn sẵn sàng để trả lời

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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 Scott and White Health Plan Viên Chức.

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 referida a nuestra política antidiscriminación 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 su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro del plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se incluyen más detalles sobre esto). Llame al Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de 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 los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para la atención médica que recibe o para los medicamentos y no está de acuerdo con nuestra

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9, se explica lo que puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud 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 el control de cómo se utiliza su información de 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*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que 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 con receta 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 reglamentaciones 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 cómo se ha compartido su información de salud con otros 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como miembro de SeniorCare Advantage Select Rx (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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono):

- **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 nuestras farmacias, puede llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están 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 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- **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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- 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 están cubiertos 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 considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar un reclamo 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 por concepto de atención médica o de un medicamento con receta 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 atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de 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 costo 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.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. 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 denegado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 9 de este folleto indica 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:

- Completar un formulario 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 para 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 están impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado 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 hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿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 menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Texas.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

En el Capítulo 9 de este folleto, se le indica lo que puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Le indica lo que puede hacer si tiene problemas o 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 que tome una decisión de cobertura para usted, presente ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presente una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de 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 Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿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 están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, 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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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 están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, 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 Internet en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.
 - También 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.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
 - 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).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **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 lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica 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 las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - 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:
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro 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. Este será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta 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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar 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 jubilación para ferroviarios). 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.
 - En la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono y el horario de atención del Servicio al cliente.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, 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)

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

ANTECEDENTES	164
SECCIÓN 1 Introducción.....	164
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud	164
Sección 1.2 Acerca de los términos legales.....	164
SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	165
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	165
SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	165
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?	165
SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	166
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general.....	166
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación	167
Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?	168
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	169
Sección 5.1 Esta sección le 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.....	169
Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)	170
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).....	173
Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	176
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?	177
SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	179
Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un	

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

	medicamento de la Parte D	179
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	181
Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones	182
Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	183
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)	186
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2	188
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para pacientes internados más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	191
Sección 7.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos	191
Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	192
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	195
Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	196
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	199
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios:</i> servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)	199
Sección 8.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	199
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	200
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	202
Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	203
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	206
Sección 9.1	Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos	206
Sección 9.2	Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D	207
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	209
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	209
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”	211

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

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja.....	211
Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad.....	212
Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja	213

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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 apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de 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.

¿Cuál utiliza? 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 ser difíciles de entender.

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 un reclamo” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil (y, a veces, es bastante importante) conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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

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 a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por 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, se incluyen 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 de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican 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 es sobre los beneficios o la cobertura?

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

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta 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 con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una 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 los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Una 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 puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de 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 está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

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 pedirnos revisar y modificar 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 analizada por revisores distintos a los 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 rápida de cobertura” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de 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 algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Nos **puede llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (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 deniega 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.

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

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe 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 desea 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”. (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. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan 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 remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. 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 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **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 con receta 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 para pacientes internados 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*: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). 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).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le 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 a domicilio, 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 9 del Capítulo 7: *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 solo acerca de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).

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

- 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 siguiente sección 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 puede 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 .
-------------------------	---

Paso 1: 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 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, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del

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

Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D*.

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, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, 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. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidas los reclamos rápidos, 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 beneficiarlo (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 reclamos, incluidos los reclamos rápidos, 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 nos dice 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, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le

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

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 un “reclamo rápido” 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 reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos una respuesta.***Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”***

- 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 en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, 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. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante 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.
- **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 límite 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”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, 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. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

- 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. La Sección 5.3 más adelante 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.
- **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 debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede 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 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 está disponible en el sitio web de Medicare <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. Si bien

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

podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión 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 explicará su derecho a solicitar que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus 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 razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite 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 sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

<i>Términos legales Una “apelación rápida” también se denomina reconsideración acelerada.</i>
--

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted y/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 se dieron 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.

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

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 beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos 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 hablamos 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente automáticamente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una 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 comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, 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. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, 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 enviar 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente automáticamente 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.

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

- Para asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación, **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	<i>El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es la Entidad de revisión independiente. A veces se la denomina IRE.</i>
-------------------------	---

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 nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa 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 “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional 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 beneficiarlo, **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.

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

- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **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 para solicitudes estándares; o en el plazo de 72 horas desde 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 está 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 (hasta 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 hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. 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 por 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.

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

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 acerca de las decisiones de cobertura, 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 hacer 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.

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

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, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección 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 con receta. 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 un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado 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 con receta 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:
 - Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
 - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor

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

- 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:* 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 con receta 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 ayudarlo 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	¿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.

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

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 u otra 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	<i>Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, excepción al formulario.</i>
-------------------------	---

- 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 en el Nivel 4. 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 nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales	<i>Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones excepción al formulario.</i>
-------------------------	--

- 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 del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una

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

excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el costo que le corresponde pagar por el medicamento.

Términos legales

*Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.*

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría la parte que le corresponde del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de producto biológico para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente, pagará el monto más bajo.

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 una excepción. 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 pide una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud para una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen igual de bien para

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

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 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) puede 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 puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D*. O bien 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** puede 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 por 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 pagó.

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

- **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 justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo postal. 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, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina **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 de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 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 u otra 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 no cumple 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 un reclamo 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 un

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

reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: evaluamos su solicitud y le damos 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 aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**.
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida 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 límite para una decisión de cobertura “estándar” 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.

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

- 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 la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan.*

Paso 1: nos contacta 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 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 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 comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus 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, que 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

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

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 razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir 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 denomina 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 pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si 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”

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

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que usted no ha recibido todavía. 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 aceptamos 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.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, 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 30 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 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

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

apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	<i>El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es la Entidad de revisión independiente. A veces se la denomina IRE.</i>
-------------------------	---

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le 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 “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente revisa 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 nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa 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.

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

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 es para un medicamento que usted no ha recibido todavía. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si 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 la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿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 (hasta 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 hacer 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.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para pacientes internados más prolongada si usted considera que el médico le está dando el 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 se considerará su solicitud. 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, una enfermera) 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También 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.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:

- 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 le están dando el alta del

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

hospital demasiado pronto.

Términos legales

*El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **solicitar una revisión inmediata**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le 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).
- La firma del aviso *solo* indica 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 consultar este aviso por Internet 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.** 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame

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

al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, 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: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “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 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 (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto 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 tarde 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.

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

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 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 del alta**. Puede obtener una muestra de este aviso si llama 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 puede ver un aviso de muestra 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, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la

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

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, es posible que deba 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 pone en contacto 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 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

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

Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado 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 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

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 (hasta 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 administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más 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 ponerse en contacto 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 *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para ponerse en contacto 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 .
-------------------------	---

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

Paso 1: contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede 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 apropiada.

- 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 seguía 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 seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelaciones *alternativas* 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, 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.

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

Términos legales	<i>El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es la Entidad de revisión independiente. A veces se la denomina IRE.</i>
-------------------------	---

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 un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

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 empresa 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 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 está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital 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 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

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 (hasta 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.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

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	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	---

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro 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.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
 - 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.

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

Términos legales

*Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación acelerada es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 8.3 a continuación le dice cómo puede solicitar una apelación acelerada).*

*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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver 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. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan en 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.** 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 un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si 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?

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

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica 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 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).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto 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 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 informan sobre su apelación, 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.

<i>Términos legales</i> Esta explicación se denomina <i>Explicación detallada de no cobertura.</i>
--

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras 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 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 atención médica a domicilio, atención en un centro 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, **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 la atención médica a domicilio, de la atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (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 pone en contacto 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.

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

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 de recibida 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 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la rechazan, 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 administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo 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 *alternativa* de Nivel 1

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

Si se vence el plazo para ponerse en contacto 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: contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede 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 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 atención médica a domicilio, atención en un centro 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 seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados**

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

a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelaciones *alternativas* 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 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 un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

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 empresa 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.

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

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 administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo 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 apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez (llamado “juez administrativo”) o un abogado mediador que trabajara para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador 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 administrativo o el abogado mediador.
 - 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 o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**

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

- Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador 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 de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** 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.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten 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 comunicarse y qué 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.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para 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.

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

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez (llamado “juez administrativo”) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- **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 fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **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 decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador 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 de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del 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 fue aprobada por el Consejo **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 decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo 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 comunicarse y qué 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.

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

PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA

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 reclamos. El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas *únicamente*. 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 reclamos.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su 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?
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 nuestro 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 salud? ¿O al 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 exámenes o cuando le van a dar una receta.

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

Reclamo	Ejemplo
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?
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y 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 reclamos. 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 un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo. • 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 un reclamo. • 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 un reclamo.

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

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

- Términos legales**
- *En esta sección, una **queja** también se denomina **reclamo**.*
 - *Otro término para **presentar una queja** es **interponer un reclamo**.*
 - *Otra forma de decir **usar el proceso para quejas** 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 que necesite hacer, el Servicio al cliente se lo indicará. Llame al 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 711 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 reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo 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 llamamos “Procedimiento de reclamos de Scott and White Health Plan”. Todos los reclamos relacionados con la calidad de la atención recibirán una respuesta por escrito. Para que el plan de salud revise su reclamo, debe presentarlo antes de los sesenta (60) días después del evento o incidente sobre el que tiene una queja.
 - El plan de salud reconocerá, investigará y resolverá todos los reclamos con la celeridad que sea necesaria según su condición de salud, pero siempre antes de los treinta (30) días calendario después de la fecha en la que se reciba el reclamo. El plan de salud puede extender el plazo de 30 días hasta catorce (14) días más si solicita la extensión o si el plan de salud justifica la necesidad de la demora para obtener más información y documentos que lo beneficie a usted. Cuando el plan de salud extienda la fecha límite, le notificaremos por escrito de inmediato sobre la razón de la demora.
 - El plan de salud investigará el reclamo y le emitirá una carta de respuesta dentro de los treinta (30) días después de la fecha en la que se reciba el reclamo.
 - El plan de salud dará una respuesta antes de las veinticuatro (24) horas después de recibir un reclamo sobre la negación de otorgar una solicitud para una determinación de cobertura acelerada o una redeterminación acelerada, si aún no ha comprado o recibido el medicamento, si le corresponde a su plan que está en disputa.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Servicio al Cliente inmediatamente.** El reclamo debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

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

- 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 un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección 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 calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja o 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 el reclamo 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 presentar un reclamo 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 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 un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.
- **O puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su reclamo sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

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

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en

<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para 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 membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	216
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan.....	216
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	216
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	216
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	217
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	218
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	219
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	219
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan.....	219
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	221
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	221
SECCIÓN 5	SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	221
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	221
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	222
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	222

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La cancelación de la membresía en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta 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 durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y para medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Nota: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse 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).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta:** Si se pasa a Original Medicare 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 un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta “acreditable”, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que, en promedio, se espera que pague, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). 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.º de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y cambiarse a otro plan para obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, tiene tiempo hasta el 31 de marzo 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 posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o a la obtención de su solicitud para cambiarse a Original Medicare. 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.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial**

En ciertas situaciones, los miembros de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted es elegible 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 recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

- **¿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 de salud 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 de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta:** Si se pasa a Original Medicare 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 un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante un período continuo de 63 días o más es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que, en promedio, se espera que pague, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su 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 membresía:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)*.
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You (Medicare y usted)*. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el 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). Sin embargo, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan separado 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- *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 un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta “acreditable” durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que, en promedio, se espera que pague, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía 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. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
- Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta Nota: Si cancela su inscripción en un cobertura de medicamentos con receta acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante las 24 horas, los si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono plan de medicamentos con receta sin están impresos en la portada posterior de este folleto). - También puede comunicarse 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 inscripción en SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) cuando comience la cobertura del plan Original Medicare.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 4 Hasta que finalice 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 deja SeniorCare Advantage Select Rx (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 con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía 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 finaliza su membresía, su hospitalización, por lo general, estará 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 Select Rx (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante 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 de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente 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).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- 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 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 membresía:

- 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 <u>no podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

SeniorCare Advantage Select Rx (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada 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, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	225
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	225
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	225

Capítulo 11. Avisos legales

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 (CMS). 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, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con 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 del Cuidado de Salud de Bajo Costo, 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), Scott and White Health Plan, 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

Administrador del beneficio de medicamentos con receta: una entidad que brinda servicios de administración del beneficio de medicamentos con receta a las farmacias, lo que incluye contratar a una red de farmacias; establecer niveles de pago para las farmacias de la red; negociar acuerdos de reembolso; elaborar y administrar formularios, listas de medicamentos preferidos y programas de autorización previa; mantener programas de cumplimiento del paciente; revisar el uso de los medicamentos; y gestionar programas de control de enfermedades. Muchos administradores del beneficio de medicamentos con receta también administran farmacias de pedido por correo o tienen acuerdos para incluir la disponibilidad de medicamentos con receta a través de farmacias de pedido por correo.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para 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: es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según 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.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): son los servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en un centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: es 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 señalan 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 cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención de médica a domicilio brinda servicios que no necesitan 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 auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen 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.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de finalización 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 (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como 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 ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto 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 con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que 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 del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: es un monto que se le pedirá que pague como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos con receta. 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 recete 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 con receta.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. 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 un servicio o medicamento; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específicos; 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 específicos. 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.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Costo de suministro: una tarifa 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 un miembro “paga de su bolsillo”.

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 el medicamento con receta no está cubierto 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, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipos médicos duraderos (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Etapas 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 u otra persona que reúne los requisitos en su nombre haya gastado \$5,100 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre para el año, alcance \$3,820.

Evidencia de cobertura (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, 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 le 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 saldos: 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 Select Rx (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 el 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 hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización para pacientes internados: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el 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 Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a 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.

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 ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento 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 son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

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: son 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 65 años o más, 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 Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.

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).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (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 con receta 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 de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red, también tenemos un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios. Consulte la Sección 1.3 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 usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, 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 su costo por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (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 ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare con “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 atención médica 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 todas partes en los EE. UU.

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 con receta, 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 centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a 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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

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 inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a Original Medicare o hacer cambios en su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta es del 1 de enero al 31 de marzo de 2019.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. 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 y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos 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 siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional que inscribe a individuos elegibles de la comunidad, pero que requiere un nivel institucional de atención en función de la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse mediante el mismo nivel de atención correspondiente del estado de la herramienta de evaluación y debe ser administrada por una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. El tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado, si fuera necesario, para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF) o ambos, un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR) o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Un plan de necesidades especiales (SNP) institucional que brinde servicios a los residentes de Medicare en centros de LTC debe contar con un acuerdo contractual con el centro de LTC específico (o ser su propietario o dirigirlo).

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 Organización de Proveedores Preferidos (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 que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Generalmente, el costo compartido de los miembros será más alto cuando los beneficios del plan se reciben

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más elevado para los costos totales que paga de su bolsillo combinados para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por 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. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es 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 (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**. 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.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de 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, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (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 tenga el cuidado 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”.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

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 quejas se aplica a ciertos tipos de problemas *únicamente*. 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 “Queja” en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Red: los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica o proveedores que han acordado con nosotros brindar los servicios cubiertos a nuestros miembros y aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio al cliente, consulte el Capítulo 2.

Servicios cubiertos por Medicare: son los 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 atención brindada para tratar a una enfermedad, lesión o afección imprevistas, 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.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.



Asistencia lingüística

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711).

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: 711).

Chinese:

注意: 如果 使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-334-3141 (TTY: 711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-334-3141 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 866-334-3141-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Urdu:

1-866-334-3141 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (TTY: 711)۔

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: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-334-3141 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

1-866-334-3141 تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711)

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-334-3141 (телетайп: 711).

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:711)まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-334-3141 (TTY: 711).



Aviso de no discriminación

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra de tamaño grande y formatos electrónicos accesibles).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el responsable de Cumplimiento de Scott and White Health Plan (SWHP) al 1-254-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org.

Si considera que Scott and White Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

SWHP Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o
<https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el responsable de cumplimiento de SWHP está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Servicio al Cliente de SeniorCare Advantage Select Rx (HMO)

Método	Servicio al cliente – Información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es 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	711 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. El horario de atención es 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 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.

Método	Información de contacto del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas
LLAME AL	1-800-252-9240 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance 333 Guadalupe Austin, TX 78701
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Declaración sobre divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.