1 de enero – 31 de diciembre de 2021

Scott&White HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)

Este folleto le brinda detalles sobre su atención médica de Medicare y cobertura de medicamentos recetados del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), es ofrecido por Scott and White Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Scott and White Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 1-866-334-3141 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).

Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande)

Los servicios médicos, primas, deducibles o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2022.

La lista de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura 2021

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Su inicio como miembro 5

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Le informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 26

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés), la Organización para la mejora de calidad, la Seguridad Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas de bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados, y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos. 46

Explica conceptos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención en caso de una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted) 62

Incluye información detallada sobre qué tipos de atención médica tienen o *no* tienen cobertura para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 116

Explica las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos recetados de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad de los medicamentos y el manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 143

Cuenta sobre las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha de cobertura y Etapa de cobertura catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 163

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 172

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le informa qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 184

Le informa paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, así como solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan 247

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 257

Incluye avisos sobre la ley aplicable y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 260

Explica los términos clave utilizados en este manual.

CAPÍTULO 1

Su inicio como miembro

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción ... 7
Sección 1.1 Está inscrito en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), que es una HMO de Medicare ... 7
Sección 1.2 ¿De qué se trata el manual de *Evidencia de cobertura?* ... 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* ... 8

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? ... 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad ... 8
Sección 2.2 ¿De qué se trata la Parte A y la Parte B de Medicare? ... 8
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) ... 9
Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos ... 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? ... 10
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos que requieren receta médica cubiertos ... 10
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores:* su guía para todos los proveedores de la red del plan ... 11
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias:* su guía sobre las farmacias en nuestra red ... 11
Sección 3.4 La lista de los medicamentos cubiertos del plan ... 12
Sección 3.5 La *explicación de beneficios de la Parte D* (la "EDB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D ... 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual por BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) ... 13
Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan? ... 13

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? ... 14
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? ... 14
Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 15
Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa ... 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 16

SECCIÓN 6 ¿Se tiene que pagar un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos? 17
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos? .. 17
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?..... 17
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?..... 17
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no se paga el monto adicional de la Parte D? 18

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 18
Sección 7.1 Hay varias formas de pagar la prima de su plan 19
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?..... 21

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 21
Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted . 21

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal 22
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida..... 22

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan..... 23
Sección 10.1 ¿Qué cobertura paga primero cuando tiene otro seguro?..... 23

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO por sus siglas en inglés para Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica de Medicare y sus medicamentos recetados cubiertos a través de nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar como miembro del plan.

La palabra "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo para revisar este folleto de *Evidencia de cobertura.*

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta Evidencia de cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos* y cualquier aviso que reciba de parte de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan "cláusula" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en las coberturas que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Cuente con la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- - *y* - residа en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- *y* -- Ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Sección 2.2 ¿De qué se trata la Parte A y la Parte B de Medicare?

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales (para servicios de pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

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

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

También es importante que llame a la Administración del Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro de una cobertura de salud de Medicare debe tener ciudadanía de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) debe cancelar su membresía si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos que requieren receta médica cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos con receta médica que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al prestador de servicios médicos su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, le presentamos un ejemplo de una tarjeta de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

He aquí por qué esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) mientras sea miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores:* su guía para todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* incluye nuestros proveedores de red y proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. En función de nuestro contrato, estos proveedores brindan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en advantage.swhp.org.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan, es posible que deba usar proveedores dentro de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre emergencias, cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Puede solicitar al Servicio al cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. 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 brindarle la información más actualizada sobre los t cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias:* su guía sobre las farmacias en nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de farmacias

actualizado se encuentra en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia del Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicio al Cliente 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 los medicamentos cubiertos del plan

La cobertura tiene una *Lista de medicamentos (Formulario).* Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado el BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (advantage.swhp.org) o, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La *explicación de beneficios de la Parte D* (la "EDB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usted use sus beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EDB de la Parte D").

La *Explicación de los beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos que necesitan receta médica de la Parte D durante el mes. La Parte D de EOB proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos que requieren receta*

médica de la Parte D) proporciona más información sobre *la Explicación de los beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Si lo solicita, también puede recibir un resumen de la *Explicación de los beneficios de la Parte D.* Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual por BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2021, la prima mensual para BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) es $241.50. Adicionalmente, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunas situaciones, la prima de su cobertura podría ser menos

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7, brinda más información sobre estos programas. Si califica, el inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su cobertura.

Si usted ya está *inscrito* y está obteniendo ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede que no aplique para usted**. Le enviamos un inserto por separado, llamado “Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la “cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

En algunas situaciones, la prima de su cobertura podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto mencionado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D debido a que no se inscribieron a un plan de medicamentos de Medicare cuando eran elegibles la **primera vez o debido** a que tuvieron un período continuo de 63 días o más donde no tuvieron una cobertura "acreditable" para los medicamentos que requieren receta médica. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima

mensual del plan. El monto de su prima será la prima del plan mensual, 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 de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. El Capítulo 1, Sección 5 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, se podría cancelar la inscripción de su cobertura.

- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (siglas en inglés para Monto mensual ajustado en función de los ingresos), porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de una cierta cantidad, en su declaración de impuestos ante el IRS (siglas en inglés para Servicio de Rentas Internas). Los miembros sujetos a IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. El Capítulo 1, Sección 6 explica el IRMAA en mayor detalle.

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

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

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

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a la prima de la Parte D. Es posible que usted deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento luego de la finalización de su período de inscripción inicial, usted no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos que requieren receta médica durante un período de 63 días consecutivos o más. (La “cobertura válida para medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar para los medicamentos recetados de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

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

Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. A continuación, le explicamos cómo funciona:

- Primero cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare tras ser elegible para hacerlo. O cuente la cantidad de meses en total en los que no tuvo cobertura acreditable para los medicamentos recetados si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para las coberturas de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior. Para 2021, esta cantidad promedio de prima es de $33.06.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondee la multa a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por $33.06, que es igual $4.62. Esto se redondea a $4.60. Este monto se agregaría a la **prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre 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 a nivel nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en una cobertura que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de cobertura.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y, actualmente, recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial de envejecimiento en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Incluso si ha pospuesto inscribirse en una cobertura que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare tras llegar a ser elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene cobertura para medicamentos recetados que pagará, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare Medicare lo denomina "**cobertura acreditable de medicamentos**". Por favor, tenga en cuenta que:
  - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información le puede ser enviada en una carta o ser incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en una cobertura para medicamentos de Medicare más adelante.
    - Tenga en cuenta: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud finaliza, no significa necesariamente que su cobertura de medicamentos que requieren receta médica era válida. El aviso debe indicar que usted contaba con una cobertura "válida" para medicamentos recetados que pagaría el mismo nivel que una cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.
  - Los siguientes *no* son parte de una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre la cobertura válida, consulte su Manual *Medicare y usted 2021* 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 de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tuvo cobertura válida, pero estuvo sin ella por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. En general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Nota importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, su inscripción podría ser cancelada por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Se tiene que pagar un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual con respecto a los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su cobertura de Medicare, le enviará una carta que le informará cuál será tal monto adicional y cómo puede pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague generalmente la prima de su plan, a menos que su el beneficio mensual no es suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su cobertura.**

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

Si usted no informa que su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) en su declaración de impuestos del IRS es superior a cierto monto, pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si su no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede pedirle a su Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su cobertura de Medicare) por la cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige que debe pagar el monto adicional y usted no lo paga, será dado de baja del plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual con respecto a los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, usted será dado de baja del plan y perder la cobertura para medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta que le informará cuál será tal monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de los ingresos, consulte al Capítulo 1, Sección 6 del presente folleto. También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2021*brinda información sobre las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare 2021". Esto explica cómo las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Hay varias formas de pagar la prima de su plan

Existen cinco formas en las que puede pagar la prima de su plan. Comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto para analizar sus opciones de pago y el procedimiento para cambiar esa opción.

Si decide cambiar la forma en la que paga su prima, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su cobertura se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Puede enviar su pago por correo a:

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

Pague la prima de su plan por correo con un cheque personal, cheque de cajero o giro postal.

- Haga el cheque/giro postal a nombre de 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 su pago al menos cinco días hábiles antes de la fecha de vencimiento para garantizar que se contabilice a tiempo.
- Envíe su pago a la dirección que figura en su factura.

Los pagos de la prima del plan vencen el día 10 de cada mes. Los cheques deben hacerse a nombre de Scott and White Health Plan y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés).

Opción 2: Deducciones automáticos de cuentas bancarias

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que el pago mensual de su cobertura se haga por retiro automático de su cuenta bancaria. Las deducciones de cuentas bancarias se hacen entre el 4 y el 9 de cada mes. Puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org para efectuar o configurar pagos mensuales.

Opción 3: puede pagar en línea

Los pagos en línea o pagos electrónicos pueden efectuarse a través de nuestro portal para miembros en advantage.swhp.org. Tendrá que crear una cuenta individual para iniciar sesión. Una vez creada, haga clic en "Make a Payment" (Efectuar un pago) y siga los pasos. El pago puede efectuarse con tarjeta de crédito o cuenta bancaria. También se dispone de una opción para programar pagos recurrentes.

Opción 4: puede pagar por teléfono

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

Opción 5: Puede tener la prima del plan sacado de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hace que la prima del plan sea sacada de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su multa de la prima del plan de esta manera. Será un placer ayudarlo a programar este tipo de pagos. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Su prima del plan se debe cancelar en nuestra oficina hasta el día 10 del mes. Si no hemos recibido su prima pago antes del día 10 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos su prima dentro de los siguientes 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 recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con su prima del plan. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original.

Si cancelamos su membresía en el plan porque no pagó su la prima del plan, entonces es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en una cobertura para medicamentos recetados independiente o en una cobertura de salud que también brinde cobertura para medicamentos. (Si no tiene cobertura "acreditable" para medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por Inscripción tardía de la Parte D por el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba primas que no ha pagado. Tenemos derecho a buscar la recolección de las primas que usted debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos cancelado su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión al presentar una queja. En el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto, se le informa cómo puede presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que

estaba fuera de su control y lo llevó a no poder pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-866-334-3141 entre las 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de cancelación de su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No podemos cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año. Si un miembro califica para recibir “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted

Su registro de membresía tiene información proveniente de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su cobertura.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, el seguro de compensación de trabajadores o Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, como reclamos de un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un centro para personas mayores

- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto)

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

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

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

Una vez al año, le enviaremos una carta que describe cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la cual tengas información. Lea esta información detenidamente. Si es exacta, no necesita hacer nada. Si la información es inexacta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué cobertura paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal por parte del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestra cobertura o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado "pagador secundario", solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan grupal de salud del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su cobertura de salud grupal se basa en su empleo actual o la cobertura de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare en función de la edad, discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés):
    - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su cobertura de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en una cobertura de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su cobertura de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en una cobertura de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su cobertura de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, por lo general, pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por la enfermedad de pulmones negros
- Compensación de trabajadores

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPITULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 **BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) contactos** (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio al Cliente en el plan)..... **27**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **33**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **35**

SECCIÓN 4 **Organización de mejora de calidad** (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas con Medicare)..... **36**

SECCIÓN 5 **Administración del Seguro Social** **37**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados) **38**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados**..... **39**

SECCIÓN 8 **Cómo contactar a la Junta de jubilación de empleados ferroviarios**..... **43**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?** **43**

SECCIÓN 1 BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) contactos

(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio al Cliente en el plan)

Cómo contactar al Servicio al Cliente de nuestro plan

Para asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) Servicio al Cliente. Será un placer ayudarle.

Método	Servicio al cliente: Información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes). El Servicio al cliente también pone a disposición servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

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

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: Información de contacto
LLAME	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones de atención médica: Información de contacto
LLAME	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura del plan o el pago, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de la Parte D que está incluido en su cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-844-230-9357 (Optum RX) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, siete días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, siete días a la semana.
FAX	1-844-403-1028 (OptumRx)
ESCRIBA A	OptumRX Atención: Prior Auth Exceptions PO Box 25183 Santa Ana, California 92799
SITIO WEB	advantage.swhp.org

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	1-888-403-3398 (OptumRx) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, siete días a la semana. * Las solicitudes de redeterminación (apelación) estándar de la Parte D de Medicare deben enviarse por escrito y no pueden iniciarse por teléfono. Si esperar 7 días para una decisión de redeterminación estándar de la Parte D de Medicare podría perjudicar seriamente su vida, salud o capacidad para recuperar sus funciones máxima, puede solicitar una decisión expedita. Las solicitudes de redeterminación expeditas de la Parte D de Medicare se pueden iniciar por teléfono.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, siete días a la semana.
FAX	1-877-239-4565 (OptumRX)
ESCRIBA A	OptumRX Prior Authorization Department c/o Coordinador de apelaciones PO Box 25184 Santa Ana, California 92799
SITIO WEB	advantage.swhp.org

¿Cómo comunicarse con nosotros al presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D?

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura del plan o el pago, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (sin incluir días festivos importantes).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (sin incluir días festivos importantes).
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos)*

Por favor, tenga en cuenta que: si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para más información.

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
ESCRIBA A	**Requerimientos médicos** Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502 **Solicitudes de farmacia** OptumRX P.O. Box 650287 Dallas, Texas 75265-0287
SITIO WEB	Solicitudes médicas y farmacéuticas advantage.swhp.org

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS", por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros para personas mayores, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.** • **Buscador de coberturas de Medicare:** brinda información personalizada sobre las coberturas disponibles para medicamentos recetados de Medicare, las coberturas de salud de Medicare y las membresías de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan una *aproximación* de cuánto podrían ser los costos que tendría que desembolsar en las distintas coberturas de Medicare. También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede enviar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarle a visitar este sitio web en su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué tipo de información desea. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés).

El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito a nivel local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP) también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés): información de contacto
LLAME	1-800-252-9240 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 PO Box 149104 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

SECCIÓN 4 Organización de mejora de calidad (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

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

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Cree que la cobertura de su hospitalización está finalizando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas): Información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 Días de semana: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y días festivos: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, Florida 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/bene/helpline

SECCIÓN 5 Administración del Seguro Social

La Administración del Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos y residentes legales de los Estados Unidos de 65 años o más, que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local de esta.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D en función de ingresos superiores. Si recibió una carta de la Administración del Seguro Social que le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar a la administración para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con la Administración del Seguro Social para informarle.

Método	Administración del Seguro Social: Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto a nivel federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para 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 sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con un QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiarios especificados para personas de bajos ingresos de Medicare (SLMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y personas que trabajan (QDWI, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-8263 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Edificio de calor marrón PO Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	http://hhs.texas.gov

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece un programa de "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta médica de cualquier cobertura de medicamentos de Medicare. Estos "Ayuda adicional" también cuentan para los gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la “Ayuda adicional”. Algunas personas califican automáticamente para la “Ayuda adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta por correo a las personas que califican automáticamente para el "Ayuda adicional".

Es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para recibir “Ayuda adicional”, llame al:

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

Si cree que calificó para la “Ayuda Adicional” y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Si obtiene sus medicamentos y considera que su nivel de copago es más alto de lo que proporciona su estado de elegibilidad, proporcione a su farmacia una copia de cualquier documentación que pueda tener que indique su estado su copago más bajo. Su farmacia puede llamar al servicio de asistencia de farmacia de Scott and White Health Plan al 1-800-728-7947. Se le pedirá a su farmacia que envíe por fax pruebas que demuestren su elegibilidad para un estado de costo compartido/copago más bajo a Scott and White Health Plan al 1-254-298-3535.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o restableceremos los copagos futuros. Si la

farmacia no ha cobrado un copago suyo y su copago se considera una deuda que usted aún debe, nosotros podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con el Servicio al cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare

El Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado la brecha de cobertura y no reciben "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el 70% de descuento que ofrecen los fabricantes excluye cualquier tarifa por expendio por los costos en la brecha. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por expendio de medicamentos de marca.

Si alcanza la brecha de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EDB de la Parte D) mostrará cualquier descuento que se la haya brindado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos de desembolso como si los hubiera pagado y lo llevan a través de la brecha de cobertura. El monto pagado por la cobertura (5%) no cuenta para sus gastos de bolsillo.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza la brecha de cobertura, la cobertura paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por la cobertura (75%) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga se tomará en cuenta y lo ayudará a pasar por la brecha de cobertura. Además, la tarifa por despacho se incluye como parte de los costos de los medicamentos.

BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) ofrece una cobertura de lapso adicional para determinadas insulinas. Durante la etapa de Brecha de cobertura, sus costos de gastos de bolsillo para determinadas insulinas será un copago de $35 por mes. Consulte el Capítulo 6, Sección 2.1 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha de Cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento de lapso de cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia para medicamentos (SPAP, en inglés)?

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda adicional"), aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, en inglés)?
¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de recetas El Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP, por sus siglas en inglés). Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y su situación de falta de seguro/seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en la lista de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su cobertura de Medicare Parte D o en el número de membresía. Puede comunicarse con el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090 o visite www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/.

¿Qué sucede si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos que requieren receta médica durante la brecha de cobertura.

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

Si considera que ha alcanzado la brecha de cobertura y no obtuvo un descuento al pagar su medicamento de marca, debe leer su 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*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no aceptamos que se le debe un descuento, puede apelar la decisión. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del su Programa Estatal de Asistencia de Seguros

Médicos (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a 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 para medicamentos que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas al brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, los Programas estatales de asistencia farmacéutica son el Programa de asistencia farmacéutica del Estado para el VIH (SPAP, por sus siglas en inglés) y el Programa de Atención de Salud Renal de Texas.

Método	Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP, por sus siglas en inglés) para VIH de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090 EXT: 3004
TTY	711
ESCRIBA A	Programa Estatal de Asistencia de Farmacéutica contra el VIH de Texas PO Box 149347 MC 1873 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

Método	Programa de atención de salud renal de Texas (SPAP): Información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986
TTY	711
ESCRIBA A	Programa de Cuidados de la Salud del Riñón de Texas (KHC) Departamento de Servicios de Salud del Estado PO Box 149347 MC 1938 Austin, Texas 78714-9347
SITIO WEB	hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de jubilación de empleados ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios por parte de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. el día miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtienen beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de esta cobertura, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o al Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual). 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 bajo este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados, **comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo.**

El administrador de los beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan 48

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 48

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan 48

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica. 49

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que le brinde y supervise su atención médica 49

Sección 2.2 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 50

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red 51

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre 52

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 52

Sección 3.2 Recibir atención cuando necesita urgentemente los servicios 53

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre 54

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por los costos totales de sus servicios cubiertos? 54

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. 54

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total. 54

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"? 55

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 55

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se encarga de pagar los distintos costos? 56

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una “institución de atención médica religiosa no médica” 57

Sección 6.1 ¿Qué es una institución de atención de salud religiosa no médica? 57

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 58

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos 58

Sección 7.1 ¿Será usted el dueño del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan? 58

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno 59

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 59

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 60

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su cobertura y regresa a Medicare Original? 60

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener la cobertura de su atención médica. Ofrece definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos, servicios y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use el Cuadro de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga)*.

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

A continuación, definimos ciertos términos para que entienda cómo puede recibir la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro Plan:

- **"Proveedores"** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para ofrecer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- **"Proveedores de red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del Plan como pago total. En función de nuestro contrato, estos proveedores brindan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos envían la factura directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando visite a un proveedor de la red, pagará solo la parte que le corresponde por el costo de sus servicios.
- **"Servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios, suministros y equipos de atención de la salud cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se encuentran en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

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

BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

- **Debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red.** (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se presentan tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber qué significan los servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para recibir atención de un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que le brinde y supervise su atención médica

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

Se alienta a los miembros de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) a seleccionar un PCP pero no están obligados a obtener derivaciones para especialistas. Un PCP es un médico que cumple requisitos fijados por el Estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Los PCP brindan atención básica o de rutina y coordinan el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan, incluyendo radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingresos hospitalarios y seguimiento médico.

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su progreso. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros 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). Debido a que los PCP brindan y coordinan su atención médica, a menudo es útil que usted, como miembro, se asegure de que su PCP tenga todos sus expedientes médicos anteriores.

¿Cómo elegir su PCP?

Seleccione un PCP de nuestro directorio de proveedores en línea o del directorio impreso y llame a Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto para indicarles su elección. Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan también puede ayudarlo a elegir un PCP si es necesario. Esta información se agregará a su expediente de membresía.

¿Cómo cambiar su PCP?

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un nuevo PCP. Llame al Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan al número que figura en la contraportada de este folleto para solicitar información sobre cómo cambiar su PCP. Su solicitud de cambio de PCP entrará en vigor a más tardar 72 horas después de su solicitud.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le presentamos algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden pacientes con cáncer
- Cardiólogos, que atienden pacientes con condiciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.
- No necesita obtener una derivación de su PCP para buscar atención cubierta de proveedores de la red, incluidos los especialistas. Sin embargo, usted, su PCP o su representante designado pueden necesitar la aprobación por adelantado de nuestro plan para ciertos servicios (esto se llama obtener “autorización previa”). Si se requiere autorización previa y usted o su médico no la obtienen, BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) no pagará los servicios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre autorizaciones previas o referencias. Los especialistas y las instalaciones deben estar en la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen bajo su BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

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

Durante el año, podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su prestador de servicios médicos dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su cobertura, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para administrar su atención.
- Para obtener más ayuda, llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711), 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

En términos generales, debe usar proveedores de la red para recibir atención cubierta. Sin embargo, si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Lo alentamos a que trabaje con su PCP o especialista de la red cuando realice solicitudes de atención médica fuera de la red. Es probable que su médico pueda explicarle mejor su afección médica y pueda proporcionarle detalles especiales sobre su solicitud. Para obtener 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 para servicios de emergencia o servicios de urgencia necesarios fuera del área. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **"Emergencia médica"** se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. En estos casos *no* necesita obtener la aprobación ni una derivación previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan tenga conocimiento de su emergencia.** Necesitamos realizar hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. (El número para llamar se encuentra en el reverso de la tarjeta de membresía del plan).

¿Qué abarca la cobertura en caso de una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro Plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias en otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudarle a administrar y hacer seguimiento a la atención. Los médicos que le brinden la atención de emergencia decidirán en qué momento su afección es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no fue una emergencia médica?

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ingresar para recibir atención de emergencia con la sensación de que su salud corre peligro grave, pero el médico puede afirmar que no se trataba de una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud corría peligro grave, cubriremos su atención.

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- *–O bien,* la atención adicional que recibe se considera un "servicio que se necesita con urgencia" y usted sigue las reglas para obtener estos servicios que se necesitan con urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Recibir atención cuando necesita urgentemente los servicios

¿Qué son los "servicios que se necesitan con urgencia"?

Los “servicios que se necesitan con urgencia” son una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos. La condición inesperada podría ser, por ejemplo, el recrudecimiento inesperado de una afección existente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicios del Plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios que se necesitan con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente y no se considera razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Los proveedores de atención urgente contratados se pueden encontrar en nuestro sitio web, advantage.swhp.org, en el directorio en línea de proveedores, o puede comunicarse con Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este folleto para obtener ayuda para localizar proveedores de atención urgente contratados.

¿Qué pasa si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

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

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia o ningún otro servicio si recibe atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado en su área geográfica como zona de desastre o emergencia, aún tiene derecho a recibir atención por parte de su plan.

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

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por los costos totales de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.

Si ha pagado más que lo que corresponde de su parte por los servicios cubiertos, o si ha recibido 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 ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.

BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, estos servicios están listados en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen de acuerdo con las

reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión respecto a una cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si un servicio no está cubierto, los gastos de bolsillo no contarán para el límite máximo desembolsado. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información adicional sobre sus gastos de bolsillo máximo. Puede llamar al Servicio al Cliente cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es un proceso que utilizan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, observar qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando la participación de voluntarios para ayudar en el estudio Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación, que ayuda a los médicos y a los científicos a analizar si los nuevos enfoques son efectivos y seguros.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobarlos. Si participa en un estudio que Medicare no *ha* aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, una de las personas que trabajan en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúne los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio, *y* usted comprenda y acepte completamente lo que implica participar en el estudio.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **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 aparecen en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre el monto que el plan le pagará.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se encarga de pagar los distintos costos?

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que recibirá como parte del estudio, entre ellos:

- Alojamiento y comida por una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare ha pagado su parte por el costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que usted pagaría si nuestro Plan le brindara dichos servicios.

A continuación, le presentamos un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que se somete a un análisis de laboratorio $100 como parte del estudio de investigación. Digamos además que sus costos compartidos por este análisis son de $20 según Medicare Original, pero sería de solo $10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestros costos compartidos, necesitará enviarnos una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes cargos:**

- En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no son utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación "Medicare y estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una "institución de atención médica religiosa no médica"

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

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Puede elegir buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos dedicados al cuidado de la salud). Medicare solo pagará los servicios no médicos dedicados al cuidado de la salud brindados por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir un tratamiento médico "no objetado".

- La atención o tratamiento médico "no objetado" es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por alguna ley federal, estatal o local alguna.
- El tratamiento médico "objetado" es la atención médica o tratamiento que usted recibe y que es *no* voluntario o *es requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro Plan, la atención que recibe en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- La instalación que brinda la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - – *y* – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido al centro; de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura para pacientes hospitalizados de Medicare. Consulte el Capítulo 4 para más detalles.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será usted el dueño del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones de sistema eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.. El miembro siempre es el dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, describimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en dueños de dichos equipos después de abonar copagos durante 13 meses. Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), sin embargo, usted generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad de un artículo de DME. Llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para convertirse en propietario el artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no se tomarán en cuenta para estos nuevos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME en Medicare Original *antes de* que se uniera a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para adquirir el artículo. No existe ninguna excepción para este caso cuando regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxigeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si se retira de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) o ya no requiere médicamente equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es Copago de $0 todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

Si antes de inscribirse en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) había pagado la cobertura del alquiler por los equipos de oxígeno durante 36 meses, su costo compartido en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) es Copago de $0.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su cobertura y regresa a Medicare Original?

Si regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si ha pagado el alquiler por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), se une a BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) durante 12 meses, y luego regresa a Medicare Original, usted pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

Del mismo modo, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) y luego regrese a Medicare original, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos gastos de bolsillo por servicios cubiertos 63

Sección 1.1 Tipos de costos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por sus servicios cubiertos 63

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? 63

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo" 64

SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para conocer qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar 65

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 65

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 106

Sección 3.1 Servicios que hacemos *no* cubrimos (exclusiones) 106

Scott and White Health Plan cumple con los requisitos de declaración de desastres y emergencias de salud pública. Si el Plan realiza cambios en los beneficios, autorizaciones y servicios resultantes de la pandemia de COVID-19, los cambios se anunciarán en el sitio web(ventaja.swhp.org) Los beneficios dependen de la duración de la emergencia de salud pública, que puede durar o no durante el año completo del contrato. Puede comunicarse con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711), 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes) para obtener información adicional.

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos gastos de bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos.

- Un **"Copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información en detalle sobre sus copagos).
- Un **"Coseguro"** es el porcentaje que usted paga del gasto total de determinados servicios médicos. Usted debe pagar un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información en detalle sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, en inglés) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar su constancia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que no corresponde que se le pida que pague, póngase en contacto con Servicio al cliente.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite para el monto de desembolso que usted paga cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la

Sección 2 a continuación). Este límite se denomina monto máximo de desembolso por servicios médicos.

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo dentro de la red en servicios de la Parte A y Parte B en el 2021 es $4,500. Las cantidades que paga por copagos y coseguros por los servicios cubiertos en la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por su plan de primas y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de desembolso. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de $4,500, no tendrá que pagar ningún costo de gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios de Parte A y Parte B cubiertos en la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo"

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que llamamos “facturación del saldo”. Esta protección (que consiste en que nunca deberá pagar más de su monto de los costos compartidos del plan) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no le pagamos ciertos cargos al proveedor.

A continuación, explicamos de qué manera funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que recurra:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan incluye servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación).

  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan incluye servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación).

- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para conocer qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) cubre y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, suministros y equipos) *deben* necesarios según criterio médico. "Médicamente necesarios" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios enumerados *en* el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces se denomina "autorización previa") de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Usted paga *más* en nuestro plan de lo que lo haría en Medicare Original por algunos de estos beneficios. En otros casos, usted paga *menos.* (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su Manual *Medicare y usted 2021.* Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia

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

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un examen de detección con ultrasonido una única vez para pacientes con riesgo. El plan cubre solamente este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y obtiene una referencia para este de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Con una duración de 12 semanas o más; • inespecífica, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociada con cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede.	Copago de $0 por cada visita cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, en helicóptero y por tierra al centro adecuado más cercano que pueda brindar la atención, solo si se proporcionan a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si los servicios están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia se considera apropiado cuando se demuestra que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, y el transporte en ambulancia es médicamente necesario	Copago de $40 por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare. Copago de $40 por cada servicio de Ambulancia aérea de ida cubierta por Medicare. Los copagos especificados anteriormente se aplican solo a viajes de ida. Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado con base en su salud y sus factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** su primera visita de bienestar anual no puede realizarse antes de transcurridos 12 meses de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales si ha tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
Medición de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
Detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de $0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa. Copago de $0 por cada servicio intensivo de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico podría recomendarle el uso de aspirina (de ser apropiado), revisar su presión sanguínea y darle algunos consejos sobre alimentación saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular. Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal. Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: se cubren los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	Copago de $0 por cada cubierto por Medicare visita quiropráctica

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer colorrectal	
Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 48 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.
Uno de las siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT)	Copago de $0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.
Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años	
Para las personas que presentan un alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 24 meses	
Para las personas que no presentan un alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero en los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección	
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:	Copago de $0 por cada servicio dental cubierto por Medicare.
Hasta un crédito combinado de $2,000 por año para todos los servicios dentales preventivos e integrales adicionales.	
• **Exámenes orales** Limitado a 1 examen oral cada seis meses	Copago de $0 por exámenes orales.
• **Profilaxis (limpieza)** Limitado a 1 limpieza(s) cada seis meses	Copago de $0 por la limpieza de rutina.
• **Radiografías dentales**	Copago de $0 para radiografías dentales.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios dentales (continuación)	
Limitado a 1 radiografía(s) cada tres años	Copago de $0 por servicios de diagnóstico.
• **Servicios de diagnostico** Limitado a 1 servicio(s) de diagnóstico cada seis meses	50 % de coseguro para las extracciones.
• **Extracciones** Limitado a 1 extracción(es) cada cinco años	50 % de coseguro para servicios de restauración.
• **Servicios de restauración** Limitado a una vez cada dos años.	50 % de coseguro por prostodoncia, otro tipo de cirugía oral / maxilofacial u otros servicios.
• **Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios** Limitado a 1 servicio(s) cada cinco años	Para obtener información sobre las exclusiones dentales, consulte el Capítulo 4, Sección 3.1.
Detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de diabetes Cubrimos este examen de detención (incluye pruebas de glicemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. En base a los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay 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 diabéticos. Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Los suministros para controlar los niveles de glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad diabética severa de los pies: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas junto a esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que acompañan a esos zapatos). La cobertura incluye los ajustes. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	Copago de $0 para suministros de monitoreo de diabetes cubiertos por Medicare. Copago de $0 para servicios de capacitación en autocontrol de diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (La definición de "equipo médico duradero" se incluye en el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no cuenta con una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que lo ordene especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Generalmente, BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Medicare original de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otros proveedores nos confirmen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita 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 pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).	Copago de $0 por equipo médico duradero cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que son brindados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red. Este beneficio solo está disponible dentro de los Estados Unidos.	Copago de $90 por cada consulta a la sala de emergencias cubierto por Medicare. El copago no se aplica si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y, necesita atención como paciente internado después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe obtener su atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Programas educativos de salud y bienestar. A través del programa Silver and Fit, los miembros tienen las siguientes opciones disponibles sin costo para ellos: • Una membresía a un centro de acondicionamiento físico: puede ir a un club de acondicionamiento físico Silver and Fit, YMCA o centro de ejercicios* cerca de usted que participe en el programa, o • Un programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre una variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar si no puede ir a un centro de acondicionamiento físico o desea hacer ejercicio en casa. Puede obtener hasta 2 kits cada año de beneficios. Los miembros de Silver and Fit también pueden acceder a las clases de Silver and Fit de bajo impacto (donde estén disponibles) que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, movilidad, flexibilidad, rango de movimiento, equilibrio, agilidad y coordinación; también tiene acceso a las clases para envejecer de forma saludable (en línea o DVD); un boletín trimestral; y herramientas web. * Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver and Fit y no se reembolsarán.	Copago de $0 por programas de educación sobre salud y bienestar.
Servicios auditivos Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de $0 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.
• **Exámenes de audición de rutina** Limitado a 1 visita(s) cada año • **Evaluación(es) de ajuste para audífonos** Limitado a 1 visita(s) cada año • **Aparatos auditivos** Hasta un crédito de $1,000 por ambos oídos combinados cada tres años para audífonos.	Copago de $0 por un examen de audición de rutina cada año.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por el examen para la detección preventiva del VIH cubierto por Medicare.
Atención de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado a domicilio y ordenar que sean realizados por una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe permanecer en casa, lo que significa que salir de ella requiere un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios combinados de asistencia de enfermería especializada y asistente para el cuidado de la salud en el hogar deben sumar 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 por servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que de otro modo no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	20% de coseguro para los servicios de terapia de infusión domiciliaria cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.
Atención en un centro de cuidados paliativos Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted califica para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico de enfermedad terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue el curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención en el hogar	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación) Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original pague. Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios sin carácter de emergencia o que no se necesitan con urgencia que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, los costos por estos servicios dependen de si utilizó un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos según la tarifa por servicio de Medicare (Medicare Original) Para servicios cubiertos por BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) pero no están cubiertos por Medicare Parte A o B: BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro paliativo y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 *(¿Qué pasa si está en un hospicio certificado por Medicare?*) **Nota:** si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si se encuentra bajo riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.
Beneficio de comida a domicilio	Usted paga $0 por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; Límite de tres altas por año. Se requiere autorización previa.
Servicios de apoyo a domicilio	Hasta 3 turnos de cuatro horas de asistencia para realizar actividades de la vida diaria (AVD, por sus siglas en inglés) al año por un copago de $0. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención como paciente hospitalizado	
Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.	Por hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Copago de $0. Se requiere autorización previa.
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o unidades de atención coronaria) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias	Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital. Si consigue atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Servicios de sangre** Copago de $0 a partir de la primera pinta de sangre que necesite. No tiene que pagar el deducible de las tres pintas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención como paciente hospitalizado (continuación) • En ciertas condiciones, se cubrirán los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, cardíaco, hepático, pulmonar, cardiaco/pulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nosotros coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si se le considera como candidato. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones de atención de la comunidad, usted puede optar por recibir los servicios en forma local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para los trasplantes en su comunidad y usted elige obtener los trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y su acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada " ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio?) Si tiene Medicare, ¡pregunte!"	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención como paciente hospitalizado (continuación) Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Copago de $0 Se requiere autorización previa.
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía del paciente no es razonable o necesaria, no cubriremos esa estadía del paciente. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos	**Servicios médicos** Copago de $0 por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare. **Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio** Copago de $0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (continuación)	Se requiere autorización previa.
• Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen parcial o totalmente un órgano interno del cuerpo (inclusive tejido contiguo) o la función total o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o disfuncional, inclusive el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos	**Servicios de radiología diagnóstica y terapéutica** Copago de $0 para radiografías cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa.
• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.	Copago de $0 dependiendo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, mielografía, tomografías PET, MRA, SPECT, CTA, cardiología nuclear y pruebas de esfuerzo. Se requiere autorización previa.
	Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Copago de $0 para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (continuación)	**Servicios de terapia física, del habla y ocupacional** Copago de $0 para visitas de fisioterapia y/o terapia de patología del habla/lenguaje cubiertas por Medicare y/o visitas de terapia ocupacional. Se requiere autorización previa.
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero sin diálisis) o que se han sometido a un trasplante de riñón que ha sido ordenado por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro Plan, cualquier otro Plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recomendar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios del MDPP se cubrirán a los beneficiarios de Medicare que califiquen en virtud de planes de salud de Medicare El MDPP es una intervención estructurada de cambio del comportamiento de salud que provee capacitación práctica en el cambio de la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de la pérdida de pesos sostenida y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	
Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:	20% de coseguro para medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare.
• Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria	Se requiere autorización previa.
• Medicamentos que toma por medio de un equipo médico duradero (como nebulizadores) que hayan sido autorizados por el plan	20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare y otros servicios ambulatorios.
• Factores de coagulación que se administra usted mismo por inyección si tiene hemofilia	Se requiere autorización previa.
• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano	
• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede auto administrarse el medicamento	
• Antígenos	
• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas	
• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen ®, Procrit ®, Epoetina Alfa, Aranesp ® o Darbepoetin Alfa)	
• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria	
También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas médicas sean cubiertas. Lo que paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene una Tabla de contenidos de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de detección y la terapia preventiva de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento por uso de opiáceos. Los servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opiáceos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el tratamiento agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	Copago de $0 por cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (terapia con radio e isótopos) que incluye materiales y suministros técnicos • insumos quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	**Radiografías para pacientes ambulatorios** Copago de $0 para servicios de rayos X cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. **Servicios de radiología terapéutica** Copago de $0 para los servicios cubiertos por Medicare (como el tratamiento de radiación para el cáncer). Se requiere autorización previa. **Suministros médicos** Copago de $0 para suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** Copago de $0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. **Servicios de sangre** Copago de $0 a partir de la primera pinta de sangre que necesite. No tiene que pagar el deducible de las tres pintas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. (continuación)	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Copago de $0 para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. **Servicios de radiología diagnóstica** Copago de $0 dependiendo de los servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, mielografía, tomografías PET, MRA, SPECT, CTA, cardiología nuclear y pruebas de esfuerzo. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada " ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio?) Si tiene Medicare, ¡pregunte !" Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Copago de $0 por servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin él. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada " ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio?) Si tiene Medicare, ¡pregunte !" Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Centro de Cirugía Ambulatoria** Copago de $0 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa. **Hospital para pacientes ambulatorios** Copago de $0 para estadías ambulatorias cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa. **Medicamentos recetados de la Parte B** 20% de coseguro para quimioterapia ambulatoria, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.	Copago de $0 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con o sin un psiquiatra. Copago de $0 por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con o sin un psiquiatra.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos, tales como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).	Copago de $0 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de fisioterapia y / o terapia del habla cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	
Usted está cubierto para el tratamiento del abuso de sustancias, como lo cubre Medicare Original. * Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO). El tratamiento por abuso de sustancias químicas incluye servicios médicos para la desintoxicación aguda y la rehabilitación ambulatoria de acuerdo con las pautas de Medicare.	Copago de $0 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa. Copago de $0 por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costos compartidos por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado como un "paciente ambulatorio".	**Centro de cirugía ambulatoria** Copago de $0 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa. **Hospital para pacientes ambulatorios** Copago de $0 para estadías ambulatorias cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa. **Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios** Copago de $0 para la visita

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. (continuación)	de observación en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Artículos de venta libre	Trimestral $30 deslice y ahorre dinero por artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	Copago de $0 para el servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios médicos / profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico
Los servicios cubiertos incluyen:
• Atención médica o quirúrgica médicamente necesaria en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar
• Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista
• Pruebas auditivas y del equilibrio básicos realizadas por su proveedor, si su médico lo indica para saber si necesita tratamiento médico
• Ciertos servicios de telesalud, que incluyen:
  o Resfriados o gripes
  o Alergias/problemas relacionados con los senos nasales
	Copago de $0 por cada consulta al PCP cubierta por Medicare
	Copago de $0 por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare.
	Copago de $0 por visita al PCP, especialista o telesalud psiquiátrica.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios médicos / profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) o Condiciones de la piel o Dejar de fumar o Problemas estomacales y digestivos o Afecciones oculares menores o La salud de la mujer o Tiene la opción de obtener estos servicios, mediante una visita en persona o, mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. o Se puede acceder a los servicios de telesalud con proveedores participantes a través de myBSWHealth.com o la aplicación MyBSWHealth disponible en la tienda de aplicaciones o Google Play. • Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal de hospital o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular grave • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o No eres un paciente nuevo **y** o El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o La revisión no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios

Servicios médicos / profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)
• Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**:
  o No eres un paciente nuevo **y**
  o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
  o La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita disponible más pronto
• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico **si** no eres un paciente nuevo
• Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de la cirugía
• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, el establecimiento de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son proporcionados por un médico)	

Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón) • Atención podológica de rutina para miembros que padecen ciertas afecciones médicas que afectan los miembros inferiores	Copago de $0 por cada servicio de podología cubierto por Medicare. Las visitas de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado de los pies médicamente necesario.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata	
Para los hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen de tacto digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. Copago de $0 para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados.	
Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).	Copago de $0 para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.
Incluyen determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. Incluye también cierto tipo de cobertura luego de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en este capítulo).	Copago de $0 por suministros relacionados cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar.	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, por sus siglas en inglés) y tienen una orden de rehabilitación pulmonar de parte del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $0 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de detección por consumo de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicas. Si su examen de abuso de alcohol resulta positivo, usted puede recibir 4 sesiones privadas de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o especialista calificado en un centro de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para personas que califican, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 55 a 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una solicitud escrita de LDCT durante una consulta de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un practicante no médico calificado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que se puede entregar durante cualquier visita correspondiente con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un especialista no médico calificado opta por brindar una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer y de toma de decisión compartida por exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe reunir los criterios de Medicare para tales visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisión compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en alto riesgo de tener ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de orientación conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y por el asesoramiento para la prevención de ITS cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales, para enseñar los cuidados renales y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas sobre su atención. Cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida para los miembros que padezcan enfermedad renal crónica en etapa IV. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, si es necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia, así como para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".	Copago de $0 por servicios educativos sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	Para estadías en SNF cubiertos por Medicare: Días 1 a 20: copago de $0 por día.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su Plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología prestados habitualmente por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los SNF • Servicios médicos/especializados En la mayoría de los casos, recibirá la atención del SNF en centros pertenecientes a la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta nuestros montos del plan como pago. • Un centro para personas mayores o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada)	Días 21 a 100: copago de $15 por día. La cobertura cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted sale el hospital	
Terapia contra el tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o usar tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) La terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y una orden médica para PAD del médico responsable del tratamiento para dicha 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 cumplir las siguientes condiciones: • Consiste en sesiones que duran 30-60 minutos, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Se debe realizar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado que cuente con capacitación en la terapia de ejercicios para PAD y que pueda garantizar que los beneficios superan los peligros • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. Se puede brindar cobertura para 36 sesiones adicionales de SET, una vez cumplidas las 36 sesiones adicionales durante un período de 12 semanas, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Copago de $0 por cada visita de SET cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de transporte BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) paga el transporte de rutina a lugares aprobados como citas médicas, visitas de fisioterapia, laboratorio, supermercado y farmacia. Los miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información adicional. Los miembros pueden programar una cita comunicándose con el servicio de transporte de Scott and White Health Plan, Logisticare al 1-866-428-0212. Personas con problemas de audición (TTY) - 1-866-288-3133	Usted paga $0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje. Se requiere autorización previa.
Servicios que se necesitan con urgencia Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos. El costo compartido para los servicios que se necesitan con urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios provistos dentro de la red. Este beneficio solo está disponible en dentro de los estados Unidos	Copago de $40 por cada consulta de atención médica inmediata cubierta por Medicare. El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto	Copago de $0 por cada servicio de examen de la vista cubierto por Medicare. Copago de $0 por diagnósticos y tratamientos cubiertos por Medicare para enfermedades y afecciones de los ojos, incluida una evaluación anual de glaucoma para personas en riesgo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de la vista (continuación) • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene 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 rutina de la vista** Limitado a 1 visita(s) cada año • **Lentes y accesorios de rutina adicionales** o Hasta un $125 de crédito combinado cada año para todas las gafas adicionales. o Limitado a 12 pares de lentes de contacto cada año. o Limitado a 1 par(es) de anteojos (lentes y marcos) cada año.	Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto rígidos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Copago de $0 por hasta un examen de la vista de rutina cada año.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva por única vez de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluye ciertos exámenes de detección y vacunas) y referencias a atención adicional, si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".

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

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

Esta sección le brinda información sobre 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.

El cuadro a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o están cubiertos solo bajo circunstancias específicas.

Si usted adquiere servicios que están excluidos (que no están cubiertos), deberá pagar por ellos. Nosotros no pagaremos los servicios médicos excluidos enumerados en el cuadro que aparece abajo, excepto en las circunstancias específicas establecidas. La única excepción: pagaremos si al presentarse una apelación se determina que un servicio que figura en el cuadro a continuación es un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a una circunstancia específica. (Para obtener información sobre la forma de apelar una decisión que hemos tomado referida a la no cobertura de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del capítulo 9 en el presente folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios médicos o en el cuadro a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una instalación de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Servicios que se consideran no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original establecen que no son no son aceptados en forma general por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado asistencial es la atención proporcionada en un centro para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de ama de casa incluyen la asistencia básica en el hogar, con las tareas domésticas o la preparación de comidas ligeras.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Honorarios cobrados por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ • Cubiertos en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación de un miembro del cuerpo. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para que el seno no afectado produzca una apariencia simétrica.
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Cuidado de los pies de rutina.		✓ Se brinda alguna cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Calzado ortopédico.		✓ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ El calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Radial		

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura		✓
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere el servicio continuo del personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

Exclusiones adicionales:

- Servicios prestados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables por los montos de costos compartidos.

- La cobertura de medicamentos se limita a los medicamentos recetados u ordenados por un proveedor y utilizados por el suscriptor mientras está en el hospital. Los medicamentos para llevar a la casa no están cubiertos, excepto en la medida en que estén cubiertos por Medicare, como los medicamentos contra las náuseas después de la quimioterapia.

- Exámenes e informes físicos para cualquier propósito que no sea la atención médica necesaria, como para utilizar en su empleo, para licencias, seguros, escuela o viajes.

- Servicios por los cuales estaría disponible el reembolso para un suscriptor para el cuidado de una lesión o enfermedad ocupacional en circunstancias cubiertas por la ley de responsabilidad de cualquier empleador.

- Pruebas psicológicas u otras pruebas que no son médicamente necesarias para fines educativos o de desarrollo.

- Salvo que la ley exija lo contrario, Scott and White Health Plan no pagará a ningún proveedor ni reembolsará al suscriptor por ningún servicio cubierto por el cual el suscriptor no tendría obligación de pagar en ausencia de cobertura bajo este acuerdo.

- Tratamiento de lesiones o enfermedades como resultado de la guerra.

- Los servicios descritos anteriormente que no están cubiertos permanecerán sin cobertura, incluso si se reciben en un centro de emergencia.

- Ayudas artificiales, aparatos correctivos y suministros médicos, como baterías, condones, apósitos, jeringas, dentaduras postizas, audífonos, anteojos y lentes correctivos (a menos que se especifique en el Capítulo 4).

- Costo/cargos asociados con la finalización y/o copia de formularios médicos u otros formularios relacionados

Seguro dental: exclusiones

1) Servicios que no son necesarios desde el punto de vista dental, aquellos que no cumplen con los estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de una afección dental particular, o que MetLife considere de naturaleza experimental.

2) Servicios por los cuales una persona cubierta no estaría obligada a pagar en ausencia de un seguro dental.

3) Servicios o suministros recibidos por una persona cubierta antes de que comience el seguro para tal persona.

4) Servicios que no son prestados ni prescritos por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia, los cuales son supervisados y facturados por un dentista y que son para la eliminación del sarro o pulir los dientes o el tratamiento con flúor.

5) Servicios que son principalmente cosméticos, a menos que sean necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito de un recién nacido.

6) Servicios o aparatos que restauran o alteran la dimensión vertical (oclusión).

7) Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión a menos que sea causada por una enfermedad.

8) Restauraciones o aparatos utilizados con el fin de crear una férula periodontal.

9) Asesoramiento o instrucción sobre la higiene bucal, control de placa, nutrición y tabaco.

10) Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros: irrigador bucal dental, cepillos de dientes o hilo dental.

11) Instalación inicial de una dentadura postiza para reemplazar uno o más dientes que faltaban antes de que dicha persona estuviera asegurada por un seguro dental, a excepción de los dientes naturales que faltan congénitamente.

12) Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.

13) Citas a las que no asistió.

14) Servicios cubiertos por cualquier ley de compensación laboral o enfermedad laboral.

15) Servicios cubiertos por cualquier ley de responsabilidad del empleador.

16) Servicios por los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios no está obligado a pagar.

17) Servicios recibidos en una instalación mantenida por el titular de la membresía, el sindicato, la asociación de beneficio mutuo o el hospital de VA.

18. Servicios cubiertos bajo otra cobertura provista por el titular de la membresía.

19) Restauraciones temporales o provisionales.

20) Aparatos temporales o provisionales.

21) Medicamentos con receta.

22) Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico deficiente.

23) Los servicios, en la medida en que tales servicios o beneficios para tales servicios, estén disponibles bajo un plan del gobierno. Esta exclusión se aplicará independientemente de si la persona que recibe los servicios está inscrita o no en el plan del gobierno. MetLife no excluirá el pago de beneficios por dichos servicios si el plan del gobierno requiere que el seguro dental bajo la membresía grupal paga primero.

24) Los siguientes procedimientos, cuando el dentista le cobra por separado: completar el formulario de reclamo, control de infecciones como guantes, máscaras y esterilización de suministros o anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia como el óxido nitroso.

25) Servicios dentales derivados de lesiones accidentales en los dientes y estructuras de soporte, excepto por lesiones en los dientes por masticar y morder alimentos.

26) Pruebas de susceptibilidad a caries.

27) Accesorios de precisión asociados con prótesis fijas y removibles.

28) Ajuste de una dentadura postiza realizada dentro de los 6 meses posteriores a la instalación por el mismo dentista que la instaló.

29) Dispositivos o aparatos protésicos duplicados.

30) Reemplazo de un aparato perdido o robado, restauración de yeso o dentadura postiza.

31) Imágenes fotográficas intraorales y extraorales.

32) Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos nocivos.

33) Aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), incluidos, entre otros, 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) Laboratorios y otras pruebas.

40) Aplicación de material sellador.

41) Mantenedores de espacio.

42) Tapa de pulpa dental.

43) Mantenimiento periodontal.

44) Tratamiento paliativo de emergencia.

45) Restauraciones del molde, incluidas las incrustaciones de inlay/onlay, coronas.

46) Coronas prefabricadas.

47) Implantes con prótesis.

48) Reparaciones.

49) Reconstrucciones.

50) Acumulaciones de coronas (procedimientos de perno y muñón).

51) Conducto radicular.

52) Pulpotomía

53) Terapia pulpar.

54) Apexificación y recalcificación.

55) Cirugía periodontal.

56) Servicios periodontales no quirúrgicos que incluyen el raspado y alisado de la raíz.

57) Instalación inicial o reemplazo de una dentadura postiza fija y permanente.

58) Cirugía oral, excepto como se especifica en otra parte del presente folleto, como un servicio cubierto.

59) Anestesia general/sedación intravenosa.

60) Consultas.

61) Servicios generales.

62) Ajustes oclusales.

63) Empastes sedativos.

CAPÍTULO 5

Usar la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción ... 118
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D ... 118
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D del plan. ... 119

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 120
Sección 2.1 Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red ... 120
Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red ... 120
Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan ... 121
Sección 2.4 ¿Cómo puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo? ... 123
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan? . 123

SECCIÓN 3 Sus medicamentos recetados deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 124
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos. ... 124
Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos ... 125
Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? ... 126

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos. ... 126
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 126
Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones? ... 127
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? ... 128

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea? ... 128
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea ... 128
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si posee algún tipo de restricción? ... 129
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera que es demasiado alto? ... 131

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? 132

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 132

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia? 132

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por la cobertura? 134

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 134

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan al surtir una receta médica 136

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro 136

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de miembro? 136

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 136

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por el plan? 136

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 137

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos por el plan de un empleador o grupo de jubilados? 138

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 138

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos. 139

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura 139

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opiáceos de manera segura 140

Sección 10.3 Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos 141

¿Sabía usted que existen programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en este manual de *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplique a su caso.** Nosotros le enviaremos un documento por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la “cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le informa lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6*, Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)*

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué debe pagar) le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.*

Es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las

Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y con condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertas por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)?* Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos y la Parte C, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D del plan.

En general, la cobertura cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (médico, dentista u otro profesional) que expida la receta médica.
- El profesional que expide sus recetas médicas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas médicas, o se denegará su reclamo de la Parte D. Debe consultar en la próxima visita a los profesionales que expiden las recetas médicas si cumplen con esta condición. Caso contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide la receta médica presente los documentos necesarios para su procesamiento.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Ver Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la redo a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan (se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada). (Ver Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos del plan".*. ")
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por cierta documentación de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con la cobertura para suministrar sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar las 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 aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. *Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecer un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar tener una nueva receta escrita por un proveedor o pedir que le transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.*

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda del Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en advantage.swhp.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, un centro de LTC (como un centro para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al cliente.
- Farmacias que prestan servicios para Servicios de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no se encuentra disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de prestadores de servicios médicos o educación sobre su uso. (Nota: Este caso no debería ser muy frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días del medicamento.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Servicio al Cliente de BSW SeniorCare Advantage HMO o visite nuestro sitio web en Advantage.swhp.org.

Por lo general, las recetas surtidas a través de la farmacia de pedidos por correo llegarán dentro de 7 a 10 días hábiles. Nuestra farmacia de pedidos por correo se comunicará con usted si hay una demora prolongada en la entrega de sus medicamentos.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarlo con usted primero, si:

- Usted utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se registra para la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas recibidas directamente de los proveedores de servicios de salud. Puede solicitar la entrega

automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a la farmacia de pedidos por correo o visitándonos en línea en advantage.swhp.org.

Si recibe una receta médica automáticamente por correo que usted no desea y no se le contactó para verificar si la quería antes de su envío, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a nuestra farmacia lo antes posible.

Si nunca ha utilizado nuestra farmacia de pedidos por correo y/o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que obtenga una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea surtir y enviar el medicamento. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe y se le facture. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

Para excluirse de las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia de pedidos por correo.

Resurtidos automáticos de recetas de entrega a domicilio
Para reabastecimiento de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en el programa de reabastecimiento automático y puede elegir qué medicamentos se inscriben en el programa. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que está a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted automáticamente antes de enviar cada reabastecimiento para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar los reabastecimientos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado. Si elige no utilizar nuestro programa de reabastecimiento automático, comuníquese con su farmacia al menos 14 días antes de que crea que se acabarán los medicamentos que tiene a mano para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a nuestra farmacia de pedidos por correo lo antes posible.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores formas de contactarle.

Sección 2.4 ¿Cómo puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias** de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas acuerdan aceptar un monto de costo compartido más bajo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costo compartido más bajos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. Su *Directorio de farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
2. Puede usar los **servicios de pedido por correo de nuestra red.** El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite que usted haga un pedido de suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan?

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red, *solamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación, se presentan las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- La receta médica es necesaria debido a una emergencia médica o atención urgente;
- No puede conseguir un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no existen farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinden servicio de 24 horas.

- La receta médica es para un medicamento que no está en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red accesible (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).

En estos casos, **por favor consulte primero con el Servicio al cliente** para determinar si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo se solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 de qué manera solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos recetados 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.

La cobertura tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos".* En esta *Evidencia de cobertura*, **se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada.**

La cobertura selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos recetados de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando cumpla con el resto de las reglas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el *uso* de un medicamento que cumple con cualquiera de los siguientes requisitos:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para que sea utilizado en el diagnóstico o afección para la que se receta).

- *–O bien,* respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca

Un medicamento genérico es un medicamento que requiere una receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, funciona tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

La cobertura no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es 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; Nivel 5: Medicamentos especializados.

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

El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
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 averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen de qué forma y cuándo son cubiertos por la cobertura. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos para que la cobertura de sus medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma efectividad médica que un medicamento más caro, las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su prestador de servicios médicos se decidan por la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su prestador de servicios médicos deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre la manera de solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del

medicamento recetado por su prestador de servicios médicos (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; una vez al día comparado con dos por día; tableta comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restringir los medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **Cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor escribió "No hay sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o nos ha informado la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su prestador de servicios médicos deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito de obtener la aprobación previa ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por la cobertura.

Trate de usar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que la cobertura cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, la cobertura puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, la cobertura cubrirá el medicamento B. Este requisito que consiste en probar primero con un medicamento distinto se llama "**terapia escalonada".**

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener limitando la cantidad que puede obtener de un medicamento recetado cada vez que lo surte. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto

medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta médica a no más de una pastilla por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

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

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su prestador de servicios médicos deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con el Servicio al Cliente para saber qué debería hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre la manera de solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea

Esperamos que le sirva su cobertura de medicamentos. Pero es posible que pueda haber un medicamento con receta médica que esté tomando actualmente, o uno que usted y su prestador de servicios médicos consideren que debería tomar, que no está en nuestra lista de medicamentos o está en nuestra lista de medicamentos con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por la cobertura tienen reglas adicionales para restringir su uso. Puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo particular. En algunos casos, es posible que desee que anulemos una restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser. El plan coloca

cada medicamento cubierto en uno de 5 los diferentes niveles de costo compartido. Los que usted paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación se detallan los pasos que puede seguir:

- Es posible que pueda adquirir un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto permitirá que tanto usted como su prestador de servicios médicos tengan tiempo de elegir otro medicamento o de presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar a la cobertura que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, la cobertura puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le brinda tiempo para consultar con su prestador de servicios médicos sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.

- o - el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (La Sección 4 de este capítulo trata sobre las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en la cobertura del año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en la cobertura el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si en su receta se establecen menos días, le permitiremos surtir varias veces hasta alcanzar un suministro máximo de hasta 30 días del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica indica que es por menos días. Esto es aparte de la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.

- Para los miembros que experimentan un cambio en el nivel de atención, como el cambio de un entorno de tratamiento a otro (por ejemplo, el alta de un hospital a un centro de atención a largo plazo), se permitirá una excepción para un suministro único de 31 días (a menos que la receta se escriba por menos días.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su prestador de servicios médicos para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por la cobertura o pedirle a la cobertura que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede elegir otro medicamento

En primer lugar, hable con su prestador de servicios médicos. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por la cobertura que sea igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su prestador de servicios médicos a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su prestador de servicios médicos pueden solicitarle a la cobertura que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la forma que usted lo desea. Si su prestador de servicios médicos afirma que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su prestador de servicios médicos puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle a la cobertura que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 que indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera que es demasiado alto, aquí hay algunas cosas que puede hacer:

Puede elegir otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera que es demasiado alto, comience por hablar con su prestador de servicios médicos. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que sea igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su prestador de servicios médicos a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su prestador de servicios médicos pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento de manera que usted pague menos por él. Si su prestador de servicios médicos afirma que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su prestador de servicios médicos puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 que indica qué se debe hacer Explica los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, la cobertura podría realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, la cobertura podría:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Pueden aparecer nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Puede suceder que el gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se prohíbe la distribución de un medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos retirar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Transferir un medicamento a un nivel de costos compartidos mayor o menor**.
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia?

Información sobre 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 esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le explicamos en que momento 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 aparecen en la contraportada de este manual).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **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 o ambos)**
    - Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o con las mismas restricciones o con menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas.
    - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
    - Usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
    - Si toma el medicamento recetado 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 cubrir el medicamento recetado de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se descubre que no es seguro o se retira del mercado por otro motivo. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento recetado de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
    - El profesional que emite la receta médica también estará al tanto de este cambio y puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos recetados en la Lista de medicamentos**
    - Es posible que realicemos 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 o ambos. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y o darle una reposición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Luego de que reciba el aviso de modificación, usted debe coordinar con el profesional que proporciona la receta médica para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Cambios a los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si establecemos una nueva restricción sobre su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si se produce cualquiera de estos cambios en algún medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento recetado de marca u otro cambio que se indique en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como costos compartidos hasta el primero de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por la cobertura?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le dice qué tipos de medicamentos con receta están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted adquiere medicamentos que están excluidos, deberá pagar por ellos. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto).

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que las coberturas de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no aprobado. El “uso sin marca” es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - Por lo general, la cobertura para el “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario de American Hospital; el Sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su "uso no aprobado".

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

- Medicamentos que no requieren receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de síntomas del resfriado o tos
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales que requieren receta médica, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante quiere que además se contraten pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos que requieren receta médica que normalmente una cobertura de medicamentos de Medicare no cubre. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan al surtir una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos que necesitan receta médica cubiertos. Usted tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de miembro?

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro al surtir su receta médica, solicite a la farmacia que llame a la cobertura para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por el plan?

Si usted es ingresado a un hospital o un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que sea dado de alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. Capítulo 6 (*Lo que paga por sus*

medicamentos recetados de la Parte D) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta: Cuando ingresa, vive o deja un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de cobertura o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el plan,* le informa cuándo puede dejar nuestro plan y unirse a un plan de Medicare diferente).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro para personas mayores) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, la cobertura cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su aseguramiento. El suministro total será para un máximo de31 días o menos si su receta está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si en su receta se establecen menos días.

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su prestador de servicios médicos para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por la cobertura que sea igual de efectivo para usted. O bien, usted y su prestador de servicios médicos pueden solicitarle a la cobertura que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desea. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le informa qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos por el plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, por favor comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Él o ella pueden ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura de su empleador o cobertura grupal de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre la 'cobertura válida':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es “válida” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es " **acreditable** ", significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre cobertura válida porque puede necesitarlos en el futuro. Si se inscribe en una cobertura de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal del empleador o grupo de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra la ansiedad, analgésicos y esos medicamentos no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide la receta médica o del proveedor del centro de cuidados paliativos antes de que nuestro plan cubra el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su prestador de servicios médicos de cuidados paliativos o a la persona que receta que se asegure de que tengamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En caso de que su centro de cuidados paliativos revoque o lo retire del centro de cuidados paliativos nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir algún retraso en la farmacia cuando el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare culmine, debería traer la documentación a la farmacia para verificar que ha sido retirado del centro de cuidados paliativos. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos.

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del uso de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un prestador de servicios médicos que les receta sus medicamentos.

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

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

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, nos pondremos en contacto con su prestador de servicios médicos para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opiáceos de manera segura

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos su uso de opioides recetados o benzodiacepina los medicamentos no son seguros, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requiere que obtenga todas sus recetas de medicamentos de opioides o benzodiazepina de ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas para opioides o benzodiacepina medicamentos de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si creemos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, cuidados paliativos o cuidados al final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama de Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, en inglés).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar con ellos sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito de esa discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda la mejor manera de tomarlos, con espacios para sus notas y para escribir cualquier pregunta. También obtendrá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Recomendamos que realice la revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de “bienestar” para que pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve con usted su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros prestadores de servicios médicos de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda al hospital o la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 6

Lo que paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción ... 145

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos ... 145

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos ... 146

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué "etapa de pago por medicamento" se encuentra al recibirlo ... 146

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) los miembros? ... 146

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra ... 148

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado " Explicación de beneficios de la parte D " (la "EDB de la Parte D") ... 148

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos ... 148

SECCIÓN 4 No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) ... 150

Sección 4.1 No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D ... 150

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, la cobertura paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya. ... 150

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta ... 150

Sección 5.2 Cuadro que muestra sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento ... 151

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes ... 153

Sección 5.4 Cuadro que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento ... 154

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen $4,130 ... 155

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de brecha de cobertura, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos 156

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos de gastos de bolsillo alcancen $6,550 156

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo por los medicamentos que requieren receta médica 156

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, la cobertura paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos. 159

Sección 7.1 Cuando esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año. 159

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba. 159

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de administración 159

Sección 8.2 Le recomendamos que llame al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna 161

¿Sabía usted que existen programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **cierta información en este folleto de *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplique a su caso.** Nosotros le enviaremos un documento por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la “cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para facilitar su consulta, usamos la palabra "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y la ley excluye otros medicamentos de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información sobre el pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se presentan los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **Lista de medicamentos *del plan.*** Para facilitar su consulta, a esta lista la denominamos "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También le indica en cuál de los cinco "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). 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.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también establece qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de farmacias* contiene una lista de farmacias de la red del plan. También le indica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

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

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué “etapa de pago por medicamento” se encuentra al recibirlo

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) los miembros?

Como se muestra en el cuadro a continuación, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados bajo BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO). La cantidad que paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentre en el momento en que surta o reponga una receta. Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Nivel 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de brecha de cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Como no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted. (Hay más detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Empieza en esta etapa cuando surta su primera receta del año. Durante esta etapa, la cobertura paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Usted permanece en esta etapa hasta su año a la fecha. **"costos totales de medicamentos"** (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) total $4,130. (Hay más detalles en la Sección 5 de este capítulo). Durante esta etapa, sus costos de gastos de bolsillo para determinadas insulinas serán de $35.	Durante esta etapa, paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"Gastos de bolsillo"** de un año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de $6,550. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas para contar los costos para esta cantidad. (Hay más detalles en la Sección 6 de este capítulo). Durante esta etapa, sus costos de gastos de bolsillo para determinadas insulinas serán de $35.	Durante esta etapa, **la cobertura pagará la mayor parte** del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Hay más detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado " Explicación de beneficios de la parte D " (la "EDB de la Parte D")

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus recetas médicas o las reposiciones en la farmacia. De esta manera, podemos informarle si ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina " **gastos de bolsillo**".
- Llevamos un registro de sus "**gastos totales de medicamentos**". Este es el monto de gastos de bolsillo que usted, u otras personas, pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de beneficios* de la *Parte D* (en ocasiones, se denomina "EDB de la Parte D") cuando usted haya surtido una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Este informe incluye:

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas médicas ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "acumulada del año". Allí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos recetados desde que comenzó el año
- **Información sobre precios de medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de recetas.
- **Prescripciones alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con un costo compartido más bajo para cada reclamo de recetas que pueda estar disponible.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realizó por ellos, utilizamos los registros que nos facilitan las farmacias. A continuación, le mostramos de qué forma puede ayudarnos a que su información esté actualizada y sea correcta:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de estar informados sobre las recetas que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones es posible que pague por medicamentos que necesitan receta médica donde no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones de cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en ellos:
    - Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando realizó un copago por medicamentos provistos por un programa de asistencia para el paciente del fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para una cobertura catastrófica. Por ejemplo, pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una "EDB de la Parte D") por correo, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)

Sección 4.1 No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO). Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, la cobertura paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya.

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del 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 especializados.

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

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia de venta minorista que está en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia del programa de entrega a domicilio del plan.

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

Sección 5.2 Cuadro que muestra sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Por favor, tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.

- Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costos compartidos estándar minorista (dentro -de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos de pedidos por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos para cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)** (suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamento genérico preferido)	$2	$0	$2	$2
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	$12	$0	$12	$12
Nivel 3 de costo compartido (Medicamento de marca preferida) Insulinas determinadas copago de $35.	$45	$45	$45	$45
Nivel 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	$95	$95	$95	$95
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especializados)	33%	33%	33%	33%

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Puede haber ocasiones en que le pedirá a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

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

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

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro de medicamentos o medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas y así haga menos viajes a la farmacia. El monto que pague dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4 Cuadro que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

El siguiente cuadro muestra lo que usted paga al obtener un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días).

- Tenga en cuenta que: si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento que requiere receta cubierto de la Parte D:

	Costos compartidos estándar minorista (dentro -de la red) (suministro de hasta **90** días)	**Costos compartidos de pedidos por correo** (suministro de hasta **90** días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamento genérico preferido)	$4	$0
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	$24	$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamento de marca preferida) Insulinas determinadas copago de $35.	$90	$90
Nivel 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	$190	$190

	Costos compartidos estándar minorista (dentro -de la red) (suministro de hasta **90** días)	**Costos compartidos de pedidos por correo** (suministro de hasta **90** días)
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5.	

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen $4,130

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que surtió y reabasteció alcanza el **$4,130 límite para la etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que cualquier cobertura de la Parte D pagó:

- **El monto que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera compra de medicamentos que realizó en el año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso). Esto incluye lo siguiente:
  - El total que pagó por concepto de su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El monto que la cobertura pagó** como su parte del costo que le corresponde de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en una cobertura de la Parte D diferente en cualquier momento durante el 2021, el monto que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D (EDB de la Parte D)* que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan, así como cualquier tercera persona, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no alcanzan el $4,130 límite en un año.

Le haremos saber si llega a este $4,130 monto. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de brecha de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de brecha de cobertura, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos de gastos de bolsillo alcancen $6,550

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare proporciona descuentos de los fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por expendio de los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante se contarán para sus costos de gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y se tomarán en cuenta para la brecha de cobertura.

BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) ofrece cobertura de brecha adicional para determinadas insulinas. Durante la Etapa de brecha de cobertura, sus costos de gastos de bolsillo por estas insulinas seleccionadas serán de copago de $35. Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en el reverso de este folleto).

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y la cobertura paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por la cobertura (75%) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga se tomará en cuenta y lo ayudará a pasar por la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y no más del 25% de los costos por medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2021, esa cantidad es $6,550.

Medicare establece normas sobre lo que se consideran gastos de bolsillo y lo que *no*. Cuando alcanza un límite de gastos de bolsillo de $6,550, abandona la Etapa de brecha de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo por los medicamentos que requieren receta médica

A continuación, se presentan las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el registro de los gastos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo personal

Al sumar sus costos de desembolso, **usted puede incluir** los pagos que se detallan a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya cumplido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de brecha de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Es importante determinar quién paga:

- Si es **usted mismo** quien efectúa estos pagos, se tomarán en cuenta para sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si ciertas personas u organizaciones **efectúan los pagos en su nombre.** Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuento de la brecha de cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que la cobertura paga por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de $6,550 en costos de gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso

Al sumar sus costos de gastos de bolsillo, no se le permite incluir ninguno de los siguientes tipos de pagos para medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.

- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para ser cubierto fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D por Medicare.
- Los pagos que realiza por medicamentos que requieren receta médica que normalmente no están cubiertos en una cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
- Los pagos realizados por la cobertura por los medicamentos de marca o medicamentos genéricos mientras usted se encuentra en la Etapa de brecha de cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por las coberturas de salud grupales, incluidos las coberturas de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, indemnización por un accidente laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de gastos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informárselo a nuestro plan. Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Cómo puede hacer el seguimiento del total de los gastos de bolsillo personal?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de gastos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo describe este informe). Cuando alcanza un total de $6,550 en los costos de gastos de bolsillo del año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de brecha de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 explica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, la cobertura paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

Sección 7.1 Cuando esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de gastos de bolsillo han alcanzado el $6,550 límite para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **Su parte** de los costos de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuese *mayor*:
  - *Ya sea,* un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - *O bien,* $3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $9.20 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** de los costos.

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

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

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

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

¿Qué debe pagar usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (la enfermedad contra la que se inmuniza).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.
   - Otras vacunas se consideran medicamentos recetados de la Parte D. Usted puede encontrar la lista de estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
2. **¿Dónde obtiene la medicación de la vacuna?**
3. **¿Quién le aplica la vacuna?**

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

- A veces, cuando a usted se le debe administrar una vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna en sí y de su administración. Puede solicitar a nuestro plan un reembolso por la parte que nos corresponde del costo.
- En otras ocasiones, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o se le administra la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona este mecanismo, a continuación, presentamos tres formas comunes en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

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

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, podrá solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de 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 ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos*).

- Se le reembolsará el monto pagado, menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración), y cualquier diferencia entre el monto que el médico cobre y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, podrá solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobre y lo que pagaríamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2 Le recomendamos que llame al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio al Cliente cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre la vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo para mantener sus costos bajos si usa prestadores de servicios médicos y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un prestador de servicios médicos o una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 164

Sección 1.1 Si paga el costo de la parte que nos corresponde por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 164

SECCIÓN 2 Cómo puede solicitarnos el reembolso o pago de una factura que recibió 167

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago 167

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos 168

Sección 3.1 Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos 168

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del servicio médico o medicamento, usted puede presentar una apelación 168

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias 169

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de gastos de bolsillo por los medicamentos 169

SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga el costo de la parte que nos corresponde por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras oportunidades, es posible que se dé cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cubrimiento del plan. En cualquier caso, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse (a menudo, el reembolso se denomina "reembolso"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También es probable que, a veces, reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido En muchos casos, usted debe enviarnos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura para determinar si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos al proveedor directamente.

A continuación, presentamos ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o atención que se necesitan con urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, pero no el costo total. Debe pedirle al proveedor que envíe la factura al plan nuestra parte del costo.

   - Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - A veces, puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.

- Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar el plan directamente y pedirle a usted solo que pague su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que llamamos “facturación del saldo". Esta protección (que consiste en que nunca deberá pagar más de su monto de los costos compartidos del plan) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no le pagamos ciertos cargos al proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación del saldo", consulte el Capítulo 4, Sección 1.5.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero a su criterio ha pagado demasiado, envíenos la factura junto a la documentación de todos los pagos realizados y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debe según el plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en la cobertura es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso puede haber ocurrido el año pasado).

Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente y pagó costos de desembolso por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que administremos el reembolso.

Llame a Servicio al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. En este caso, deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de

la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía con el plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

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

Si hay circunstancias en las que debe pagar el costo total de los servicios cubiertos en el momento en que se prestan los servicios, como si busca servicios de un proveedor o centro que no factura a Medicare, deberá obtener una factura detallada de los servicios prestados y presentárnosla con comprobante de su pago para el reembolso bajo sus beneficios BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y recibos para sus expedientes.

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

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (advantage.swhp.org) o llame al Servicio al cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos la siguiente dirección:

Para inquietudes médicas:
Scott and White Health Plan
MS-A4-126
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

Para inquietudes farmacéuticas:
OptumRx
PO Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 12 meses desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si no sabe el monto que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde 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 usted ha cumplido con todas las reglas 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 el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del servicio médico o medicamento, usted puede presentar una apelación

Si cree 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 presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y vencimientos importantes. Si no tiene experiencia en la presentación de una apelación, le será útil comenzar por el Capítulo 9, Sección 4. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones, e incluye definiciones de términos tales como “apelación”. Luego de leer la sección 4, puede consultar la sección en el capítulo 9 que le indica los pasos a seguir para su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5.

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

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de gastos de bolsillo por los medicamentos

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no estará solicitándonos un pago. En su lugar, nos informará qué pagos ha realizado para que podamos calcular correctamente sus costos de gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones cuándo debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento por un precio que es menor al nuestro

A veces, cuando se encuentra en la Etapa de brecha de cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es menor al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial por el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio y que ofrezca un precio más bajo.
- 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 sus gastos de bolsillo para el cálculo de su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Por favor, tenga en cuenta que:** Si está en la Etapa de brecha de cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus gastos de bolsillo y quizás ayudarle a calificar de forma más rápida para la Etapa de cobertura catastrófica.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún

medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo para el cálculo de su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Por favor, tenga en cuenta que:** Debido a que usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus gastos de bolsillo y quizás ayudarle a calificar de forma más rápida para la Etapa de cobertura catastrófica.

Debido a que en los casos descritos anteriormente usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan. ... 173

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del español, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.) ... 173

Sección 1.2 Debemos garantizarle que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos ... 174

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal ... 174

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos ... 176

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención ... 177

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado ... 179

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos? ... 179

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos ... 180

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan ... 180

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? ... 180

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del español, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos que están disponibles para responder cualquier pregunta por parte de los miembros que no son angloparlantes o que tienen alguna discapacidad. También podemos brindarle información en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le demos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas en obtener la información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, por favor llame a Scott and White Health Plan para presentar un reclamo formal al respecto. También puede presentar una queja a Medicare llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o con este correo, o puede comunicarse con Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan para obtener información adicional.

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 large print, or other alternate formats 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.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Scott and White Health Plan. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Scott and White Health Plan Customer Service for additional information.

Để nhận được thông tin 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 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 thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với bạn, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

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 garantizarle que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor en la red del plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas y servicios cubiertos con sus proveedores en la red del plan *dentro de un tiempo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de parte de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o reabastecer sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo de tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto le indica qué puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le indica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su "información personal médica" incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en esta cobertura, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de la manera en la que se usa su información médica. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso de práctica 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 médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar su historial médico.
- En la mayoría de las situaciones, si brindamos su información médica a cualquier persona que no le brinda atención o que pague por ella, *primero debemos obtener su permiso por escrito.* Usted o alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted puede otorgar el permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
    - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a los estatutos y las reglamentaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Tiene derecho a ver sus expedientes médicos que se conservan en la cobertura y obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos solicita que lo hagamos, analizaremos la situación con su prestador de servicios médicos para decidir si se deben hacer los cambios.

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 médica, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), tiene derecho a que le enviemos 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 obtener la información en otros idiomas además del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, es decir, cómo fue calificado el plan por parte de los afiliados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra sobre los antecedentes de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre 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 aparecen en la contraportada de este folleto) o puede visitar nuestro sitio web advantage.swhp.org.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, todas las restricciones que se aplican a ella y qué reglas deben seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, y también la *Lista de medicamentos cubiertos del plan.* Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos*, le informan qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.

  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto como considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los plazos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea solicitarle a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica acuda por atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y usarlos sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar de antemano si cualquier tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no"**. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomiende que no lo haga. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de eso.
- **Para recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le deniega la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar una decisión de cobertura.

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea,* puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para concederle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si algún día pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan "**Instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados "**Testamento en vida**" y "**poder legal para la atención de salud**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es red que desee dar copias a amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no cumplieron las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Brinda detalles sobre cómo resolver todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar 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**.

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos?

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su oficina local de Derechos civiles.

¿Es por algún otro motivo?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- Llame **a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Llame **al Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Llame **a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Usted puede **llamar a SHIP.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Comuníquese con **Medicare.**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtenerlos** Use este folleto de *Evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.

  - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben seguir y lo que usted paga.
  - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

- Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe informarnos. Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
  - Se nos exige cumplir con las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura combinada cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de parte de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
- Colabore con sus médicos y los demás prestadores de servicios médicos al proporcionarles información, hacer preguntas y seguir el tratamiento propuesto.
  - Para ayudar a sus médicos y otros prestadores de servicios médicos a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las coberturas de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros prestadores de servicios médicos de atención de salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que recibe, 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:
  - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A La mayoría de

los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para continuar siendo miembros del plan.

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos que requieren receta de la Parte D.
- Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están 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 negar la cobertura de un servicio o un 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 de medicamentos recetados.
- Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá pagarlo directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Si se *muda* fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le indica sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle 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 cobertura de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos cobertura en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos estar al tanto** para que podamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo contactarlo.
  - Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 187
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud ... 187
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? ... 187

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros. ... 188
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 188

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema? ... 189
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? ... 189

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES ... 190

SECCIÓN 4 Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones ... 190
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales ... 190
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 191
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles de su situación? ... 192

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 192
Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. ... 193
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea) . 194
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) ... 198
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ... 202
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica? ... 204

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 205

Sección 6.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D 206

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 208

Sección 6.3 Datos importantes que debe saber para solicitar excepciones 210

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 210

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 214

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 217

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto 219

Sección 7.1 Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos 220

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 221

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 224

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1? 226

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto 229

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente de tres servicios:* Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) 229

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura 230

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 230

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por más tiempo 233

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 234

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y o un nivel superior 237

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 237

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 239

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 240

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 240

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas? 240

Sección 10.2 El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo" 242

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 243

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 244

Sección 10.5 También puede presentar su queja ante Medicare 245

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en lugar de "presentar un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo" y "Organización de revisión independiente" en lugar de "Entidad de revisión independiente". También usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando esté abordando su problema y obtenga la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cada vez que describimos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no está relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, en inglés).** Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o cobertura de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se presentan dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

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

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación le resultará de utilidad.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿El problema o inquietud están relacionados con los beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica particular o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía para conocer los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Consulte la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones aborda los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para asuntos, tales como saber si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el 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 cada vez que le brinda atención médica o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es analizada por diferentes revisores que aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Desea obtener asistencia? A continuación, se presentan algunos de los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio al cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Usted puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud** (Consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
  - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona expide la receta médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que expida la receta médica deben ser nombrados como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que 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.
  - Quizás ya haya alguien que esté legalmente autorizado para actuar como su representante según 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 aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Consulte la Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Consulte la Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto”.
- **Consulte la Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura cancelada demasiado pronto" (*Esto se aplica a los siguientes servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar p llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto contiene los números de teléfono de este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía para conocer los "aspectos básicos" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos servicios médicos se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* Para facilitar su consulta, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención o tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican distintas reglas a una solicitud de un medicamento que requiere de receta médica de la Parte B. En estos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos requieren de receta médica de la Parte B sea distinta de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No obtiene determinada atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.

3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esta atención.

4. Ha recibido y pagado la atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, y desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención.

5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted considera que el hecho de reducir o suspender esta atención podría dañar su salud.

   NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es para la atención hospitalaria, la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto.*

- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto.* Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de CORF.

Para *todas las demás situaciones* en las que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo se suspenderá, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2.**
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que cubra o pague.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Consulte la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

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

Paso 1: Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida".**

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "determinación agilizada".

Cómo solicitar la cobertura para la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D*.

Generalmente usamos los plazos estándar para darle nuestra decisión

Cuando tomemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "agilizados". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un medicamento recetado de la **Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha que en recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario** extras si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en 24 horas.**
  - **Sin embargo,** podemos demorarnos hasta 14 días calendario extras **para una solicitud artículo o servicio médico si descubrimos que** falta información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el hecho de usar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales.*
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", acordaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
  - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que haya solicitado. (Para obtener más

información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le brindamos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **en 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario extras bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un período prolongado, al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** de recibir su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario extras ("un período prolongado") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará 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 solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando*

presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.**
  - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario de designación de un representante que autorice que tal persona puede representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "designación de un representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su 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 que le explicará su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** el número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D*)
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando la presenta. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitarnos una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración agilizada"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún 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 de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se ofrecen anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", se la proporcionaremos.

Paso 2: Consideramos su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos su apelación.** Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período prolongado si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud para un artículo o servicio médico en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación se trata sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anterior (o al final del período prolongado si tomamos días adicionales en su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza en forma parcial o total su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar 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 para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces, se la denomina **"IRE".**

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le denomina el "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una apelación "rápida" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación rápida ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que reciba su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario extras.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare.

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

- Si usted presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario extras.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

- **Si la organización de revisión dice que sí a una solicitud parcial o total de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendarios posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una solicitud parcial o total de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o en un plazo de **24 horas** desde la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes agilizadas**.
- **Si esta organización rechaza en forma parcial o total su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de

cobertura de atención médica no debe aprobarse. (A esto se le denomina "“ratificar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").

- Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene 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 solicita debe alcanzar una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita 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 informará sobre cómo calcular el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se deniega su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación donde solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. También verificaremos si usted cumplió con todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se detallan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud.

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de los 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. *Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder afirmativamente a su solicitud por una decisión de cobertura.*
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le explicará que no pagaremos los servicios y las razones en detalle. *(Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder negativamente a su solicitud por una decisión de cobertura).*

¿Qué sucede si solicita un pago y nos negamos a realizarlo?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, por favor, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación de reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía para conocer los "aspectos básicos" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para facilitar su consulta, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos,* las reglas y restricciones sobre la cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina "determinación de cobertura".

A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
    - Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos.*
    - Solicita que anulemos una restricción en lo cubierto por la cobertura para un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).

  - Solicita pagar un monto de costos compartidos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto

- Nos consulta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos,* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrir el medicamento).
  - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está escrito, la farmacia le enviará un aviso por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarle a determinar qué parte de esta sección tiene información útil para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y que a su criterio cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación previa) del medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a lo que ocurre con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional expide receta deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. En ese caso, consideraremos su solicitud. Aquí están tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que recete pueden solicitarnos que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada).

Términos legales
En ocasiones, solicitar la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos, se denomina solicitar una **"excepción la Lista de medicamentos".**

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que corresponde a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o del Nivel 2 para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

2. **Cómo eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
En ocasiones, solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento, se denomina solicitar una **"excepción a la lista de medicamentos".**

   - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - *Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.*

- *Obtener la aprobación previa antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted.* (Esto a veces se denomina "autorización previa").
- *Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando.* (Esto a veces se denomina "terapia escalonada").
- *Límites de cantidad.* Para ciertos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y desestimamos una restricción en su caso, puede solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, la parte que deberá pagar por el costo del medicamento también será menor.

Términos legales
En ocasiones, solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama denomina solicitar una **"excepción de niveles".**

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría su parte del gasto del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el gasto de costo compartido 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 por el monto de costo compartido al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido por ningún medicamento en el Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de niveles y existe más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, usted pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Datos importantes que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona que expida la receta médica deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costo compartido no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación, por lo general, tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar que revisemos nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No se puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** En primer lugar, llámenos, enviarnos una carta o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que expida la receta médica) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener

detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada, *Dónde enviarnos una solicitud para el pago de nuestra parte del costo por atención médica o un medicamento que haya recibido.*

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede optar por un abogado para que sea su representante.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento,** primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita una excepción, brinde la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona que expida la receta médica deben proporcionarnos los motivos médicos para la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo denominamos "Declaración de respaldo"). Su médico u otra persona que expida la receta médica puede enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otra persona que expida la receta médica pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "determinación de cobertura agilizada".

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando tomemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "agilizados". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el hecho de usar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales.*

- **Si su médico u otro profesional que expide la receta nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita por su cuenta una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional que expide la receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
  - Esta carta le informará que, si su médico u otro profesional que expide la receta solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que haya solicitado. Le indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas tras haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas.**
    - Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindar **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darte nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud** también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se denomina "redeterminación" del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona que prescribe) debe contactarnos.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
    - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
    - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que receta pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama "redeterminación agilizada".

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que expida la receta médica deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida" que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que expida la receta médica para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le

informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó,** Le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta. **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Tomaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
    - Si no tomamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar a los 7 días calendario** a partir de su recepción de apelación.
    - Si aprobamos una solicitud para el reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué denegamos y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta. **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
    - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces, se la denomina **"IRE".**

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que expida la receta médica) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. A esta información se le denomina el "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión autoriza una "apelación rápida", la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Plazos para la "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** a partir de la recepción de su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si lo que solicita es que le reembolsemos el costo de 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** a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
  - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brinda la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le denomina "“ratificar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene 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 medicamentos que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará 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 solicita cumple con el requisito, usted deberá elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se deniega su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto

Al ser hospitalizado, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina "**fecha de alta**".
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le dan de alta del hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica de qué manera puede hacerlo.

Sección 7.1 Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Durante su estancia hospitalaria cubierta, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare obtienen una copia de este aviso cada vez que son ingresadas en un hospital. Algún empleado del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y realice preguntas si no lo comprende.** Aquí se le explican sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y su derecho a saber quién lo pagará.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta si considera que le dan dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le informa sobre cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede conceder un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). La firma en este aviso **no *significa*** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso firmado para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días de su salida del hospital, obtendrá otra copia antes de que se programe su alta.
   - Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea enwww.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe con rapidez

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes de* salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.** (Su "fecha de alta programada" es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).
    - Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar* mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome una decisión sobre su apelación.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que solicita a la organización que use los plazos "rápidos" para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" O "**revisión agilizada**".

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (se denominan "los revisores" en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos facilitado.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le informará su fecha de alta programada y le explicará en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) para que le de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina **"aviso detallado del alta".** Puede obtener un ejemplar de este aviso llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros debemos seguir prestándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finalizará** al mediodía del día *posterior* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da su respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

A continuación, se presentan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindándole cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "ratificar la decisión".
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.

- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. ("Rápidamente" significa antes de que salga del hospital y antes de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicite una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos agilizados en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación agilizada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida**". Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos" rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta programada para verificar si fue correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.

- En esta situación, utilizaremos los plazos "agilizados" en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de cuándo solicitó una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y que continuaremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces, se la denomina **"IRE".**

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de 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 sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar el monto que le reembolsaríamos o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria programada fue correcta desde el punto de vista médico.
    - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brinda detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente de tres servicios:* Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *únicamente:*

- **Servicios de atención médica domiciliaria** que usted recibe.
- **Cuidados de enfermería** especializada está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes).*
- **Atención de rehabilitación** está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.*

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
   - El aviso por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - El aviso escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie la decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga cubriéndola por un período de tiempo más largo.

Términos legales
Al decirle lo que puede hacer, el aviso escrito le dice cómo puede solicitar una "apelación por vía rápida". Solicitar una apelación por vía rápida es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención. (La Sección 8.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación rápida). El aviso escrito se llama "**Aviso de no cobertura de Medicare".**

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 brinda información sobre cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma en este aviso *solamente* muestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Esto no significa que está de acuerdo** con el plan en que es hora de interrumpir la atención que está recibiendo

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la

contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros expertos en atención médica de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (para hacer una revisión independiente) sobre si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (se denominan "los revisores" en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su

representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte, en el que le explicaremos en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se llama " **Explicación detallada de no cobertura".**

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber 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, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.** Interrumpiremos el pago de la parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo la atención de salud domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado usted mismo.

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

- Esta primera apelación que presenta pertenece al "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1, y elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

A continuación, se presentan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *haya rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindándole cobertura** para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para 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, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos agilizados en lugar de los plazos estándares.

A continuación, se presentan los pasos para presentar una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación agilizada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida**". Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos" rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha de finalización para la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “agilizados” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de cuándo solicitó una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo y que seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación agilizada, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces, se la denomina **"IRE".**

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de 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.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar el monto que le reembolsaríamos o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó sobre su primera apelación y no la cambiarán.

- El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para 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, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y o un nivel superior

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas de sus apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicatario que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* o *terminar* o no.** Decidiremos si apelamos o no esta decisión para llevarla al Nivel 4. A diferencia de lo que ocurre con una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez especializado en derecho administrativo o del abogado adjudicatario.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* terminar *o* no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el aviso que reciba le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4: La junta de apelaciones **de Medicare** (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación o si la Junta rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* terminar *o* no;** Decidiremos si apelamos esta decisión para llevarla al Nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Junta.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación o si la Junta rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* terminar *o* no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar 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 de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas de sus apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: **Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicatario que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o el abogad**o mediador en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, en un plazo de 30 días** calendario a partir de la fecha de recibir la resolución.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelación *puede* terminar *o* no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el aviso que reciba le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 La junta de apelaciones **de Medicare** (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la Junta **en un plazo de 72 horas (24 horas para**

las apelaciones agilizadas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelación *puede* terminar *o* no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si la junta rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si su problema tiene que ver con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, entonces esta sección es *no para usted.* En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problema que se manejan mediante el proceso de presentación de queja.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con la forma en que nuestro Servicio al cliente lo ha tratado? • ¿Considera que se le está alentando a abandonar la cobertura?
Plazos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado tiempo? ¿O le ha sucedido esto con nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, al obtener una receta o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Considera que no le hemos enviado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Considera que la información que le dimos por escrito es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno - de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos ha pedido que le demos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos dice que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de los plazos establecidos, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo"

Términos legales
• Lo que esta sección denomina **"queja"** también se llama **"reclamo"**. • Otro término para **"presentar un reclamo"** es **"presentar un reclamo"**. • Otra forma de decir "**usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para presentar un reclamo"**

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar al Servicio al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al cliente se lo informará. 1-866-334-3141 (TTY: 711), 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.
- Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus quejas. A esto le llamamos el Procedimiento de reclamos formales de Scott and White Health Plan. Todos los reclamos formales relacionados con la calidad de la atención recibirán una respuesta por escrito. Para que el plan de salud revise su reclamo formal, debe presentarlo en un plazo de sesenta (60) días después del evento o incidente sobre el cual tiene un reclamo formal.
  - El plan de salud reconocerá, investigará y resolverá todos los reclamos formales tan rápido como sea necesario según su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días calendario después de la fecha de recibir su reclamo formal. El plan de salud puede extender el plazo de 30 días hasta catorce (14) días si solicita la extensión o si justifican la necesidad de obtener información adicional y si el plan de salud justifica que esta demora sería para su beneficio. Cuando el plan de salud extienda el plazo, le notificaremos inmediatamente por escrito el motivo del retraso.
  - El plan de salud investigará el reclamo formal y le enviará una carta de respuesta en un plazo de treinta (30) días posteriores a la fecha de recepción del reclamo formal.
- El plan de salud responderá a más tardar veinticuatro (24) horas después de recibir el reclamo que implique el rechazo de otorgar una solicitud de determinación de cobertura rápida o una redeterminación rápida, si aún no ha comprado o recibido el medicamento, si corresponde a su plan que está en disputa.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que tuvo el problema del que desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le concederemos automáticamente 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
Lo que esta sección denomina **"queja agilizada"** también se llama **"reclamos agilizados".**

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables por el problema por el que reclama, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de atención,* también tiene otras dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
    - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se le brinda a los pacientes de Medicare.
    - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede enviar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que la cobertura no le brinda respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía al plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía al plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 248
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membrecía en nuestro plan 248

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan? ... 248
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual ... 248
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage ... 249
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial ... 250
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? ... 251

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 252
Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otra cobertura 252

SECCIÓN 4 Hasta que cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 253
Sección 4.1 Usted sigue siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía ... 253

SECCIÓN 5 BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones ... 254
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su aseguramiento en la cobertura? ... 254
Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud ... 255
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan ... 255

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membrecía en nuestro plan

Poner fin a su membresía en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) tal vez **voluntario** (usted elige) o **involuntario** (no es tu elección):

- Es posible que usted deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La sección 2 le indica *cuando* puede finalizar su membresía en el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le explica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que no elige dejar el plan, sino que se nos requiere que cancelemos su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía a 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 abandonar 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 abandonar la cobertura 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 inscripció**n 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 periodo se extiende desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de cobertura puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a una nueva cobertura, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - - –*O bien,* Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en una cobertura de medicamentos, a menos que haya optado por la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

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

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

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Este periodo se extiende todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Cancelar su membresía en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, usted puede

también inscríbase en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo terminará 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 Medicare Original. Si usted, además, elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en dicho plan comenzará el primer día del mes luego de que su plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) puede ser elegible para finalizar 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 cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con la cobertura, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Por lo general, si se ha mudado.
  - Si tiene Medicaid
  - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus recetas médicas de Medicare.
  - Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, en inglés).
  - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de cobertura. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿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), las 24 horas del día, 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 de Medicare como su cobertura de medicamentos que requieren receta médica. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- *–O bien,* Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en una cobertura de medicamentos, a menos que haya optado por la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes posterior después de que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Llame **a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el Manual ***Medicare y usted 2021***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de haberse inscrito.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov) O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otra cobertura

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente inscríbase en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar que se cancele su membresía:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- --*o*-- Puede contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El cuadro a continuación explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Será cancelada su membresía automáticamente de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) al comenzar la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Será cancelada su membresía automáticamente de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) al comenzar la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *sin* una cobertura separada de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. o **Nota:** Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). • También puede contactar a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar que se cancele su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Será dado de baja de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) cuando comienza su cobertura en Medicare original.

SECCIÓN 4 Hasta que cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Usted sigue siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía

Si abandona BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), puede pasar un tiempo entre la finalización de su membresía y la entrada en vigencia de su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas médicas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización por lo general, estará cubierta por nuestro plan hasta que lo den de alta** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su aseguramiento en la cobertura?

BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre algo de lo siguiente:

- Si usted ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o ser residente legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene que proporcionar cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).

  - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su membresía a nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar **Servicio al cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) no está permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, 7 días a la semana.

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

Si cancelamos su membresía en nuestra cobertura, debemos informarle nuestros motivos por escrito para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja formal 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

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 258

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 258

SECCIÓN 3 Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 258

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y también pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** según la raza, el origen étnico, el origen nacional, el color de piel, la religión, el sexo, el género, la edad, la discapacidad mental o física, el estado de salud, la experiencia sinistral, el historial médico, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. 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.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o en su Oficina local de derechos civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

CAPITULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es un procedimiento que se realiza si no está de acuerdo con una decisión nuestra de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si la membresía es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): La atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser proporcionadas por médicos o enfermeros registrados.

Atención supervisada: La atención personal que se brinda en un centro para personas mayores, un centro de cuidado de enfermos terminales u otros centros, cuando no es necesaria la atención médica ni la atención de enfermería especializada. La atención supervisada es el cuidado personal que puede ser provisto por personas que nos tengan destrezas o capacitación profesional, tales como asistencia con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, recostarse y levantarse de una cama o sillón, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Autorización previa: Es la aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro prestador de servicios médicos de la red obtienen nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Ayuda para el cuidado de la salud en el hogar: Un asistente de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes para el cuidado de la salud en el hogar no tienen certificación de enfermería ni brindan terapias.

Cancelar o **Cancelación de la membresía:** El proceso de cancelar su membresía de nuestra cobertura. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (ajena a su propia elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de proporcionar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: - Un monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica: La cobertura de medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura al momento de calificar para Medicare pueden, generalmente, mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Es un seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Copago: Es el monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando se reciben los servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubra los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una "tasa de costo compartido diario" cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Costos de gastos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costos compartidos de un miembro según el cual se debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina como requisito de costo "de gastos de bolsillo" del miembro.

Cuidados de emergencia: Los servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos brindará un tratamiento especial para su estado.

Deducible: Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro Plan comience a pagar su parte.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por la cobertura y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, el hecho de llevar su receta médica a una farmacia y que esta le informe que dicha receta médica no está cubierta por su cobertura no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su cobertura para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El Plan Medicare Advantage establece una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de cuáles artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Ciertos equipos médicos ordenados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estancia como paciente hospitalizado: Una estadía hospitalaria cuando ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado como un "paciente ambulatorio".

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D donde paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre, hayan gastado $6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que su plan pagó en su nombre por el año han alcanzado $4,130.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional elegida, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), u obtiene un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación del saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más del monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO), solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" ni le cobren más de lo que el costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nosotros a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de consulta. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Es una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos relacionados con la calidad, la seguridad o la utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): Es una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y que cumplen con las normas de práctica médica aceptadas.

Medicamento de marca: Un medicamento que requiere de receta médica que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, en general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico: Es un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) con la certificación de que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nosotros.

Medicamentos de la Parte D: Son medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su lista de medicamentos para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de estar cubiertos como medicamentos de la Parte D.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o "Pago por servicio" de Medicare): Medicare Originales ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarle a los médicos, los hospitales y otros prestadores de servicios médicos de atención de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro prestador de servicios médicos que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Medicare: El programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original un plan PACE, o un plan Medicare Advantage.

Membresía "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare): Es un seguro complementario de Medicare que lo venden compañías de seguros privadas para subsanar las deficiencias en Medicare Original. Las membresías de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Una cobertura Medicare Advantage no es una membresía de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o "Miembro del plan"): Es una persona que tiene Medicare y que califica para recibir los 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, por sus siglas en inglés).

Monto de ajuste mensual por sus ingresos (IRMAA, en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por sus ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de desembolso: Es el mayor monto de desembolso durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de la red. Montos que paga por sus primas del plan de las primas de la Parte A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días seguidos o más después de la primera vez que es elegible para unirse a un plan de la Parte D. Puede pagar este monto superior siempre y cuando tenga una cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones, por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados, usted no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costos compartidos: Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto es el nivel de costos compartidos, más alto es su costo por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés): Es un grupo de médicos y otros expertos en la atención médica a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA, en inglés)".

Parte D: El programa de beneficios voluntarios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar su consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la “Parte D”).

Período de beneficio: La forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de los centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en el que es ingresado a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted es ingresado a un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un tiempo establecido cada año cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare original durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: Un período establecido en otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus coberturas de medicamentos o de salud, o pueden cambiarse a Medicare Original. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: Un tiempo fijo en el que los miembros pueden cambiar sus coberturas de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato.

Período de inscripción inicial: Es el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare cuando usted califica para este por primera vez. Por ejemplo, si califica para Medicare al cumplir la edad de 65, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido este mes, y que finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica orientada a grupos de personas específicos, tales como los que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o tienen determinadas enfermedades crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): 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 del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos de gastos de bolsillo por servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor de sus costos de gastos de bolsillo combinados por servicios recibidos tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los de fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Es un plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, las coberturas de costos de Medicare, los programas piloto/de demostración y los Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés): Es un plan institucional para necesidades especiales que inscribe a personas que califican que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional en función de la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF, por sus siglas en inglés) contratado si es necesario, para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés): Un plan para necesidades especiales que inscribe a personas que califican que residen o esperan recibir durante 90 días consecutivos o más en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Estas instalaciones de LTC pueden incluir una instalación de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan institucional para necesidades especiales para atender a los residentes de Medicare de las instalaciones de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) los centros específicos de LTC.

Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés): A veces se llama Medicare Parte C. Una cobertura ofrecida por una compañía privada que tiene 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, en inglés) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). **Estos planes se denominan Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.** Todos los que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para unirse a cualquier cobertura médica de Medicare que se ofrezca en su área.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC, en inglés) para personas cuyo estado de salud es delicado, para ayudarlas a permanecer independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro para personas mayores) tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Prima: Es el pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a una cobertura de atención de salud por la cobertura de salud o por medicamentos recetados.

Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare: Es un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha de cobertura y que aún no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Prótesis y aparatos ortóticos: Son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también pueden consultar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud que cuentan con licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Nosotros los denominamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en determinados casos, para coordinar y brindar los servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que tiene con los proveedores, o si los proveedores aceptan proporcionarle a usted servicios cubiertos por el plan. También se puede hacer referencia a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor o centro fuera de la red: Es un proveedor o centro con el que tenemos no acuerdos para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores o centros fuera de la red son proveedores que no son empleados por, ni pertenecen a, ni operan con nuestro plan o no están bajo contrato para brindarle los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en este folleto en el Capítulo 3.

Queja: El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo". El proceso para presentar reclamos se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente***.** Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también la definición de "Reclamo formal" en esta lista de definiciones.

Reclamo: Es un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés): Es un beneficio mensual que emite la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que se consideran personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario no son lo mismo que los beneficios de la Administración del Seguro Social.

Servicio al cliente: Un departamento dentro de nuestro plan que está a cargo de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: Son servicios cubiertos por la Parte A y 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 B de Medicare.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios que se necesitan con urgencia: Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperada, que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): Consulte "Ayuda adicional".

Tarifa por expendio: Es un pago que se cobra cada vez que se expende un medicamento recetado para pagar el costo de surtir la receta médica La tarifa por expendio cubre costos tales como el tiempo el tiempo que el farmacéutico requiere para preparar y empacar la receta médica.

Tasa de costo compartido diario: Una “tasa de costo compartido diario” puede aplicar cuando un médico receta médica menos del suministro de un mes completo de determinados medicamentos y se le exige hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento de un mes es de $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tasa de costo compartido diario" será de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro diario cuando surte su receta.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) Servicio al Cliente

Método	Servicio al cliente: Información de contacto
LLAME	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratis. De 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (sin incluir días festivos importantes). Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. De 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
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 de Texas (HICAP)

El Programa de asesoramiento y defensa de la información de salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés): Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance 333 Guadalupe Austin, TX 78701
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Declaración de divulgación de PRA *Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder un formulario de recopilación de información, a menos que este tenga a la vista un número de control de la OMB válido. 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, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*