Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro del plan Senior Care Plus Essential (HMO)

Este manual incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica y medicamentos con receta de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2022. En él se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y medicamentos con receta que necesite. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Senior Care Plus ofrece este plan, plan Senior Care Plus Essential (HMO). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Senior Care Plus. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa plan Senior Care Plus Essential (HMO)).

Senior Care Plus es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7003 (TTY users should call the State Relay Service at 711)

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia de idiomas, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al 711).

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

Llame a Servicio al Cliente al 775-982-3112 o a la línea gratuita 888-775-7003 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio Estatal de Retransmisión de Mensajes al 711). (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

Esta información se encuentra disponible en distintos formatos, incluidos español y otros idiomas, así como en letras grandes y en sistema braille. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Comuníquese con el Servicio al Cliente al número que aparece arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2023.

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.

H2960_2022_Essential_012_C File & Use [09/25/2021]

Evidencia de cobertura 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de las páginas son su punto de partida. Consulte la primera página de cada capítulo para encontrar la información que necesita. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado 7

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Incluye información sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de asegurado del plan y cómo mantener al día su registro de participación de asegurado.

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

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (Senior Care Plus Essential [HMO] Plan) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

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

Explica las cosas importantes que usted debe saber a fin de conseguir atención como asegurado de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de servicios médicos de la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tenga una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)..... 64

Detalla los tipos de atención médica que cubre el plan y los que *no* están cubiertos para usted como asegurado a nuestro plan. Explica la parte del costo que le corresponde pagar a usted por la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D..... 140

Explica las reglas a seguir para obtener sus medicamentos correspondientes a la Parte D. Explica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Explica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Indica dónde puede surtir sus medicamentos con receta.

Explica los programas del plan para la seguridad con respecto a los medicamentos y la administración de estos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D 169

Explica las tres (3) etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa de lapso en la cobertura, Etapa de cobertura para casos catastróficos) y cómo afectan estas etapas lo que paga por sus medicamentos. Explica los seis (6) niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y nos informa qué debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 190

Explica cómo y cuándo debe enviarnos una factura para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 198

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como asegurado de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que sus derechos no se han respetado.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura) 210

Explica paso a paso lo que usted, como asegurado de nuestro plan, debe hacer si tiene problemas o preocupaciones.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene dificultades para obtener la atención médica o los medicamentos con receta que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales respecto de su cobertura por los medicamentos con receta y pedirnos que sigamos cubriendo la atención médica en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si considera que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas.

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan 272

Explica cómo y cuándo puede cancelar su participación en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su participación.

Capítulo 11. Avisos legales 282

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 296

Explica los términos claves que se utilizan en este manual.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como asegurado

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

SECCIÓN 1 Introducción ... 9
Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Senior Care Plus Essential (HMO), que es un plan HMO de Medicare ... 9
Sección 1.2 ¿De qué se trata el manual de *Evidencia de cobertura*? ... 9
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* ... 9

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser asegurado de un plan? ... 10
Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad ... 10
Sección 2.2 ¿Qué significan la Parte A y la Parte B de Medicare? ... 10
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para el plan Senior Care Plus Essential (HMO) ... 11
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residente legal ... 11

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos? ... 11
Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan: utilícela para conseguir todos los servicios médicos y medicamentos con receta cubiertos ... 11
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía de todos los proveedores y las farmacias de la red del plan ... 13
Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Vademécum)* del plan ... 14
Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informa con un resumen de pagos realizados para sus medicamentos con receta de la Parte D ... 14

SECCIÓN 4 Su prima mensual para plan Senior Care Plus Essential (HMO) ... 15
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? ... 15

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D"? ... 16
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? ... 16
Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 16
Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa ... 17
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 18

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 18

Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos? 18

Sección 6.2 ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D? 19

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 19

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D? 19

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 19

Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en las que puede pagarla 20

Sección 7.2 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año? 22

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado el registro de participación de su plan 23

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tenemos información precisa sobre usted 23

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal 24

Sección 9.1 Garantizamos que su información médica esté protegida 24

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 24

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 24

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Senior Care Plus Essential (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta mediante nuestro plan, el plan Senior Care Plus Essential (HMO.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. El plan Senior Care Plus Essential (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud), que está aprobado por Medicare y es administrado por una empresa privada.

La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica elegible (QHC, en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este manual de *Evidencia de cobertura* explica cómo obtener su atención médica de Medicare y medicamentos con receta cubiertos mediante nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como asegurado del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a los servicios y la atención médica y a los medicamentos con receta que usted tiene disponibles como asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a dedicar un poco de tiempo y examinar detenidamente este manual de *Ev*idencia de cobertura.

Si se encuentra confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta Evidencia de cobertura forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan Senior Care Plus Essential (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su

formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* y cualquier notificación que reciba de parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en el **plan Senior Care Plus Essential (HMO)** entre el 1.º de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan Senior Care Plus Essential (HMO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare tiene que aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Senior Care Plus Essential (HMO) todos los años. Usted puede continuar obteniendo la cobertura de Medicare como asegurado de nuestro plan siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser asegurado de un plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para participar en nuestro plan siempre y cuando suceda lo siguiente:

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 explica la Parte A y la Parte B de Medicare).
- --*Y* -- viva dentro de nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- --*Y* -- sea un ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.

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

La primera vez que se inscribió en Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare ayuda a cubrir servicios prestados por los hospitales (para los servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).

- La Parte B de Medicare es para otros servicios médicos (por ejemplo, para servicios de un médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (por ejemplo, equipo médico duradero [DME, en inglés] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para el plan Senior Care Plus Essential (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, el plan Senior Care Plus Essential (HMO) solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo asegurado de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Washoe y Carson City.

Si planifica mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contactos del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residente legal

Un asegurado del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará al plan Senior Care Plus Essential (HMO) si usted no es elegible para seguir estando asegurado sobre esta base. El plan Senior Care Plus Essential (HMO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan: utilícela para conseguir todos los servicios médicos y medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea asegurado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de asegurado para nuestro plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y por los medicamentos con receta que obtiene en las farmacias que forman parte de la red. También puede mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí presentamos una tarjeta de asegurado a modo de ejemplo para mostrarle cómo será la suya:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras esté asegurado a este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía del plan Senior Care Plus Essential (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios clínicos de rutina.

Aquí explicamos por qué esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos por el plan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de con su tarjeta de asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO) mientras es un asegurado del plan, es posible que deba pagar el costo total.

Debido a que los servicios dentales preventivos están incluidos en su plan, también recibirá una tarjeta de identificación aparte de Delta Dental. Delta Dental administra los beneficios de servicios dentales en nombre de Senior Care Plus. A continuación, le presentamos una tarjeta de identificación dental a modo de ejemplo para mostrarle cómo sería la suya. Si su tarjeta de asegurado está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Si su tarjeta de asegurado está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía de todos los proveedores y las farmacias de la red del plan

El Directorio de proveedores y farmacias indica los proveedores, las farmacias y los suministradores de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red.

¿Qué significa "proveedores que forman parte de la red"?

Los proveedores que forman parte de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, suministradores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido de un plan como pago total. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y suministradores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras es asegurado de nuestro plan es posible que deba utilizar los proveedores que participan en la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios que deben prestarse con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que el plan Senior Care Plus Essential (HMO) autorice el uso de proveedores que no forman parte de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre los casos de emergencia, la cobertura que no forma parte de la red y la cobertura fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Puede solicitarle más información a Servicio al Cliente acerca de los proveedores que forman parte de la red, incluidas sus certificaciones. Además, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.SeniorCarePlus.com o descargarlo de ese sitio web. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web le pueden otorgar la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores de nuestra red.

¿Qué significa "farmacias que forman parte de la red"?

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

¿Por qué necesita informarse sobre las farmacias que forman parte de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar la farmacia de la red a la que desea acudir. Existen cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los

proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2022 para ver qué farmacias hay en nuestra red**.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le dirá cuáles de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores que los costos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia por parte de Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com o descargarlo desde este sitio web.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Vademécum)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum).* La denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan Senior Care Plus Essential (HMO). El plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan Senior Care Plus Essential (HMO).

La lista de medicamentos le informa además si existen reglas que restringen la cobertura para sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos se cubren, visite el sitio web del plan (www.SeniorCarePlus.com) o llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informa con un resumen de pagos realizados para sus medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice los beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe con resumen para ayudarlo a entender y a llevar un registro de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe con resumen se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre pagaron, lo que se gastó en sus medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que se pagó por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante cada mes en que se usó el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, como, por ejemplo, aumentos de precio y otros fármacos con

costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con el médico que emite la receta acerca de estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le proporciona más información sobre la E*xplicación de beneficios de la Parte D* y sobre cómo podría ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible, a pedido, la *Explicación de beneficios de la Parte D.* Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para plan Senior Care Plus Essential (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual por separado por el plan *Senior Care Plus Essential (HMO)*. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

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

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto incluido anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- A algunos asegurados se les exige pagar una **multa por** inscripción tardía de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más sin una cobertura “válida” de medicamentos con receta. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura de medicamentos debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta del Programa Medicare). Para estos asegurados, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar su inscripción en el plan.
- Es posible que algunos asegurados deban pagar un cargo adicional, que se denomina monto de ajuste mensual por ingresos (también conocido como IRMAA, en inglés) porque, hace 2 años, tuvieron ingresos brutos ajustados modificados por encima de cierta cantidad en su declaración anual de impuestos del IRS. Los asegurados sujetos a una

IRMAA tendrán que pagar el importe de la prima estándar y este cargo adicional, que se añadirá a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica la IRMAA con más 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" por parte de Medicaid para el pago de sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima del plan de la Parte D. Puede adeudar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en algún momento después de la finalización del período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más donde no tuvo una cobertura de la Parte D ni ninguna otra cobertura válida para medicamentos con receta. ("Una "cobertura de medicamentos con receta válida" es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que se paga en la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en el plan Senior Care Plus Essential (HMO), le informaremos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. A continuación, se indica cómo funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que se demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de haber calificado para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura válida para medicamentos con receta, si el lapso sin cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si está 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto promedio de la prima mensual del plan para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional desde el año anterior. Para 2022, el monto promedio de la prima del plan es de $33.37.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por el promedio de la prima mensual del plan y, luego, redondearlo al valor de 10 centavos más próximo. En el ejemplo siguiente, sería 14% multiplicado por $33.37, que da $4.6718.

Esto debe redondearse a $4.67. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan en el caso de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cosas importantes que cabe destacar sobre esta multa por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **es posible que la multa cambie todos los años**, ya que el promedio de la prima mensual del plan puede cambiar todos los años. Si el promedio a nivel nacional de la prima del plan (según lo determinado por Medicare) aumenta, la multa aumentará.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que cuente con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D volverá a establecerse cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para la tercera edad en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa

Incluso si retrasó la inscripción en un plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando calificó por primera vez, a veces, no es necesario que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encontraba en alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya contaba con una cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que una cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Medicare denomina a esto "**cobertura de medicamentos válida**". Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura válida puede incluir cobertura de medicamentos de un empleador anterior o sindicato, TRICARE o del Departamento de Administración de Veteranos. Su compañía aseguradora o el departamento de Recursos Humanos de su empleador le informarán todos los años si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín informativo enviado por el plan. Conserve esta información ya que es posible que la necesite si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
        - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un "certificado de cobertura válida" al finalizar su cobertura médica, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos con receta fue válida. El aviso debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos con receta "válida" que se

esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.

  - Los siguientes *no* constituyen una cobertura válida para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre la cobertura válida, consulte el manual *Medicare y usted 2022* 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 sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Si usted no tenía una cobertura válida, pero no la tuvo durante un período de 63 días o menos seguidos.
- Si está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar que se revise la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha consignada en la primera carta que reciba en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si ya estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información al respecto (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que se revise la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si deja de pagarla, podría cancelarse su inscripción por no pagar las primas del plan.

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará el importe de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si debe pagar una suma adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará el monto de la suma adicional y cómo debe pagarla. El monto adicional

se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suela pagar su prima del plan, salvo que su beneficio mensual no alcance para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir el monto adicional, recibirá una factura por parte de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan.**

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, en inglés) según se informa en su declaración anual de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) supera determinado monto, deberá pagar una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según 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 no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

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

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare

A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Algunos asegurados del plan (aquellas personas que no son elegibles para la Parte A que no tiene primas) pagan una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los asegurados del plan pagan una prima para la Parte B de Medicare. **Usted tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo un asegurado del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará el importe de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará** su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.
- Si tiene que pagar una suma adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le informará el monto de la suma adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este manual. También puede visitar el sitio web www.medicare.gov o 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. Alternativamente, 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 2022* proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare 2022". Esto explica cómo difieren las primas de Medicare de la Parte B y de la Parte D para las personas con ingresos diferentes. Todas las personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y usted 2022* todos los años en otoño. Aquellas personas que recién se inscribieron en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la primera inscripción. Además, puede descargar una copia de *Medicare y usted 2022* del sitio web del programa 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en las que puede pagarla

Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay cuatro (4) maneras de pagarla. Envíe un "Formulario de cambio de retención de la prima del plan" del asegurado para seleccionar una de las cuatro opciones o para cambiar el método de pago. Los formularios se encuentran disponibles en nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com, en nuestra oficina o podemos enviárselos por correo postal. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información.

Si decide modificar la forma en la que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague puntualmente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Usted puede decidir pagar la multa directamente a nuestro Plan con un cheque. Si selecciona esta opción, nos enviará por correo postal el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D cada mes. También puede llevar su pago a Senior Care Plus. Le enviaremos una factura mensual para que la adjunte a su cheque al inicio de su período de inscripción. Comuníquese con el Servicio al Cliente si no recibe una factura mensual. Los pagos mensuales deben recibirse antes del 1.º de cada mes. Se prefieren los pagos mensuales. Recuerde que los cheques deben estar emitidos a nombre de Senior Care Plus y no a nombre de CMS ni de HHS.

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos (EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que le debiten automáticamente de su cuenta bancaria la multa por inscripción tardía de la Parte D. Si selecciona esta opción, Hometown Health Plan deducirá la multa de su cuenta de cheques o cuenta de ahorro (el 1.º de cada mes o después). Solo necesita proporcionar un cheque anulado (o un recibo de depósito para cuentas de ahorro), y el plan deducirá el monto todos los meses.

Si se inscribe en Senior Care Plus por primera vez, deberá completar un formulario de transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés) con un cheque anulado (o un recibo de depósito para cuentas de ahorro) y enviarlo con su "Solicitud de inscripción" y el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D del primer mes. Si actualmente es asegurado y desea comenzar a aprovechar este servicio, complete un formulario de EFT y envíelo a fin de mes. Comenzaremos a deducir la próxima multa mensual del plan automáticamente.

Opción 3: Tarjeta de crédito o de débito

En lugar de pagar con cheque o EFT, puede pagar la multa por inscripción tardía con tarjeta de crédito o débito en nuestras oficinas. Llame a Servicio al Cliente de Senior Care Plus a los números que se indican en la portada de este manual para obtener más información sobre cómo pagar con tarjeta de crédito o débito en nuestras oficinas en 10315 Professional Circle, Reno, NV 89521.

Opción 4: Le pueden descontar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que se descuente la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa del plan. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta modalidad. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual.)

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

Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del día 1 de cada mes. Si no hemos recibido el pago de la multa antes del día 1 de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que su participación en el plan finalizará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en los próximos 60 días. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D puntualmente, comuníquese con el Servicio al Cliente para ver si podemos dirigirlo a los programas que lo ayudarán con la multa. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Si finalizamos su participación debido a que no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, tendrá cobertura médica mediante Original Medicare.

Si finalizamos su participación en el plan debido a que no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si pasa más de 63 días sin cobertura de medicamentos "válida", es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras que tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que finalizamos su participación, es posible que aún nos deba la multa que no pagó. Tenemos derecho a exigir el cobro del monto de la multa que adeuda. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar el monto que adeuda antes de inscribirse.

Si cree que hemos finalizado su participación por error, tiene derecho a solicitarnos, presentando una queja, que reconsideremos esta decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este manual le informa cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que no pudo controlar y le imposibilitó el pago de sus primas del plan dentro del período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003, de lunes a domingo de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711. Debe realizar su solicitud en el plazo de 60 días después de la fecha de finalización de su participación.

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

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos para la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si tuvo un período continuo de 63 días o más en que no tuvo cobertura de medicamentos con receta "acreditable"). Esto ocurre si es elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para recibir la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, usted puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Puede encontrar más información sobre el programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado el registro de participación de su plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tenemos información precisa sobre usted

Su registro de participación tiene información sobre su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores que forman parte de la red utilizan su registro de participación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización del trabajador o Medicaid).
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, por ejemplo, un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado en un hogar de atención médica especializada.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, un encargado de los cuidados).
- Si está participando de un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna de esta información, infórmenos llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Para crear una cuenta de MyBenefitsCoverage, visite www.SeniorCarePlus.com y seleccione la opción “members” [asegurados] que aparece en la esquina superior derecha de la pantalla. Si desea crear una cuenta, pero necesita ayuda, comuníquese con el Servicio al Cliente y un representante podrá ayudarlo.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contactos del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

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

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro de medicamentos o médica que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otro tipo de 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 por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura de seguro de medicamentos o médica que conocemos. Revise esta información detalladamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Garantizamos que su información médica esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.9 del Capítulo 6 de este manual.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura grupal de salud de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que decide si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de esta cobertura. Quien paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si llegara a haber costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su actual empleo o en el empleo actual de uno de sus parientes, quién pagará primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si está inscrito en Medicare según la edad, discapacidad o la enfermedad renal en estado terminal (ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años de edad y es discapacitado y usted o un familiar suyo aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 100 empleados.

  - Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si está inscrito en Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses que es elegible para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro del automóvil)
- Responsabilidad legal (incluido el seguro del automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización del trabajador

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

Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar su otra información sobre el seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Es posible que necesite darle su número de asegurado del plan a otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos del plan *Senior Care Plus Essential (HMO)*** (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan) **28**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal Medicare) **34**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **35**

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad** (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare) **37**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **38**

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

SECCIÓN 7 **Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta** **40**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario** **43**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?** **44**

SECCIÓN 1 Contactos del plan *Senior Care Plus Essential (HMO)* (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia por consultas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de asegurado, llame o escriba al Servicio al Cliente del plan Senior Care Plus Essential (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
TELÉFONO	**Senior Care Plus**: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TELÉFONO	**TruHearing:** De manera gratuita al 1-(844) 341-9614. TTY 1-800-975-2674. De lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar de la montaña) La llamada a este número es gratuita.
TELÉFONO	**EyeMed:** 1-(866)-723-0513. De lunes a sábados, de 7:30 a. m. a 11:00 p. m. (hora del este) y los domingos de 11:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este). La llamada a este número es gratuita.
TELÉFONO	**Delta Dental:** De manera gratuita al 1-855-643-8513. La llamada a este número es gratuita. De lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico)

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
TTY	**Servicio estatal de retransmisión de mensajes -** 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	775-982-3741
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB	www.SeniorCarePlus.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando decisiones de cobertura, realizando apelaciones o presentando quejas 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. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Puede presentar una queja ante nosotros o ante uno de nuestros proveedores que forman parte de la red, incluida la queja sobre calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]).*

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto
TELÉFONO	775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	775-982-3741
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB DE SENIOR CARE PLUS	www.SeniorCarePlus.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Essential (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Cómo comunicarse con nosotros cuando está buscando decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta 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 con receta cubiertos por el beneficio de

la Parte D incluido en el plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]*).

Método	Apelaciones sobre atención médica: Información de contacto
TELÉFONO	1-800-681-9585 La llamada a este número es gratuita. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número también figura en la portada de este manual a modo de consulta sencilla. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número también figura en la portada de este manual a modo de consulta sencilla.
FAX	1-858-790-7100
CORREO	MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10680 Treena Street, Stop 5 San Diego, CA 92131 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB	www.SeniorCarePlus.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja ante nosotros o ante uno de nuestros proveedores que forman parte de la red, incluida la queja sobre calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. (Si su problema es por la cobertura o pago de su plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de 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
TELÉFONO	**Senior Care Plus:** 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. **Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés**
TTY	**Servicio estatal de retransmisión de mensajes - 711** Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	775-982-3741
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB DE SENIOR CARE PLUS	www.SeniorCarePlus.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Essential (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea al programa Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo para la atención médica o para un medicamento que ha recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el

Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura])* para obtener más información.

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
TELÉFONO	**Senior Care Plus:** 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	775-982-3741
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB	www.SeniorCarePlus.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (ocasionalmente denominados “CMS” [Centers for Medicare & Medicaid Services]). Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 La llamada a este número es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. En él se proporciona información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales relacionados con este. También contiene información sobre hospitales, centros de enfermería, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde la computadora. También puede encontrar los números de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también contiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare a través de las siguientes herramientas: • **Calculadora de elegibilidad y primas de Medicare (Medicare Eligibility Tool:** proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder:** proporciona información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes médicos de Medicare y Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un valor *estimativo* de sus gastos de bolsillo según los diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre el plan Senior Care Plus Essential (HMO): • **Infórmele su queja a Medicare:** Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Essential (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usará esta información para contribuir a la mejora de la calidad del programa Medicare. Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada local podrá ayudarlo a visitar este sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e indicar qué información busca. Allí se encargarán de buscar 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 Ayuda sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nevada, el SHIP se

denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network).

El Nevada SHIP es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Los consejeros de Nevada SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos en Medicare, a presentar quejas en relación con su atención o tratamiento médico y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros de Nevada SHIP pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Forms, Help, and Resources**" (formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú de la parte superior.
- En el menú desplegable, haga clic en "**Phone Numbers & Websites**" (números de teléfono y sitios web).
- Ahora tiene varias opciones
    - Opción 1: Puede mantener un **chat en vivo**
    - Opción 2: Puede hacer clic en cualquier a de los "**TOPICS**" (temas) del menú de la parte inferior
    - Opción 3: Puede seleccionar **STATE** (Estado) para elegir su estado en el menú desplegable y hacer clic en GO (ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono u recursos específicos de su estado.

Método	Nevada SHIP: Información de contacto
TELÉFONO	1-800-307-4444 o 1-877-385-2345
TTY	1-877-486-2048 (Medicare) Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	División de Servicios para la Vejez y la Discapacidad del Estado de Nevada 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706

Método	Nevada SHIP: Información de contacto
SITIO WEB	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/ o www.accesstohealthcare.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare)

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para prestar servicio a los beneficiarios de Medicare en todos los estados. En Nevada, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben un pago del gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja relacionada con la calidad de atención que recibió.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para atención médica a domicilio, la atención en centros de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la calidad de Nevada): Información de contacto
TELÉFONO	1-877-588-1123 para apelaciones o para todas las demás revisiones. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Sábado, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Livanta, BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.bfccqioarea5.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes legales mayores de 65 años de edad, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con determinadas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos superiores. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un suceso importante en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar reconsideración.

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

Método	Seguro Social: Información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 La llamada a este número es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Determinadas personas que están inscritas en Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar sus costos de dicho programa, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con beneficiario de Medicare Calificado [QMB, en inglés] también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+].)
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Recursos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Recursos [SLMB, en inglés] también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+].)
- **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Servicios de Apoyo y Bienestar.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Servicios de Apoyo y Bienestar, Información de contacto
TELÉFONO	775-684-0800 o 800-992-0900 (seleccione la opción 2) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-326-6888 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Nevada – División de Servicios de Apoyo y Bienestar 2533 North Carson Street, Suite 200 Carson City, NV 89706
SITIO WEB	https://dwss.nv.gov/

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare proporciona "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones de la bolsa de valores, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Algunas personas cumplen automáticamente con los requisitos para obtener la "Ayuda adicional" y no deben presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que cumplen automáticamente con los requisitos para obtener la "Ayuda adicional".

Usted puede obtener la "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para comprobar si cumple con los requisitos para obtener la "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 del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si considera que ha reunido los requisitos para obtener la "Ayuda adicional" y que está pagando un monto incorrecto correspondiente a los costos compartidos cuando adquiere un medicamento con receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia que demuestre cuál es su nivel de copago correcto, o proporcionarla a nuestro plan en caso de que ya cuente con ella.

- Comuníquese con el Servicio al Cliente a los números de teléfono que aparecen en la portada de este manual para obtener información sobre cómo presentar la "mejor evidencia disponible" a fin de respaldar el cumplimiento de los requisitos para la Ayuda adicional, o visite nuestra oficina.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde pagar, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o lo compensaremos mediante copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una deuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el Estado pagó en su nombre, es

posible que le paguemos directamente al Estado. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Programa de descuentos durante el lapso en la Cobertura de Medicare

El Programa de descuentos durante el lapso en la Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a los asegurados de la Parte D que hayan llegado a la etapa de lapso en la cobertura y que no reciban la "Ayuda adicional". En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho de los costos durante el lapso. Los asegurados deben pagar el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca.

Si alcanza el lapso en la cobertura, le aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia le facture por su medicamento con receta y en su Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D se indicará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el descuento del fabricante se contemplan para sus gastos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y le permiten avanzar a lo largo del lapso en la cobertura. El monto que paga el plan (5%) no se contempla para sus gastos de bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza el lapso en la cobertura, el plan paga el 75% del precio por medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75%) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso en la cobertura. Asimismo, se incluye la tarifa de despacho como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos durante el lapso en la cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Dado que el plan Senior Care Plus Essential (HMO) ofrece cobertura adicional durante la etapa de lapso en la cobertura, algunas veces sus gastos de bolsillo serán más bajos que los costos que se describen aquí. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa de lapso en la cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que toma o acerca del Programa de Descuentos durante el lapso en la cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, en inglés) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea el Programa de "Ayuda adicional"), continuará recibiendo el descuento del 70% en todos los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los

medicamentos de marca durante el lapso en la cobertura. Tanto el 70% de descuento como el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes del SPAP o cualquier otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP, en inglés)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas que padecen de VIH/sida y son elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permita salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia del costo compartido de los medicamentos con receta mediante el Programa Ryan White sobre el VIH/sida de la Parte B (RWPB, en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada. Aviso: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada.

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, puede continuar proporcionándole la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D para los medicamentos de la lista de medicamentos del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, informe al encargado de las inscripciones en el ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre del plan o el número de póliza de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Access to Healthcare Network (AHN) al 1-775-284-8989 o de manera gratuita al 1-877-385-2345.

¿Qué sucede si recibe “Ayuda adicional” de Medicare que lo ayude a pagar sus costos en medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda adicional”, ya recibe cobertura para sus costos en medicamentos con receta durante el lapso en la cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y considera que sí tiene derecho a recibirlo?

Si considera que ha alcanzado el lapso en la cobertura y que no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar 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 médicas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le adeuda un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP) (los números de teléfono se incluyen en la Sección 3 de este Capítulo) o 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.

Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con recetas según sus necesidades financieras, edad, problema de salud o discapacidad. Cada estado tiene sus propias reglas para brindar la cobertura a los asegurados.

En Nevada, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es Nevada Senior Rx and Nevada Disability Rx.

Método	Nevada Senior Rx and Nevada Disability Rx: Información de contacto
TELÉFONO	1-866-303-6323 o 775-687-4210
TTY	1-877-486-2048 (Medicare) Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Nevada Senior Rx and Nevada Disability Rx 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706
SITIO WEB	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios nacionales y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si está inscrito en Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 La llamada a este número es gratuita. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los días lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los días miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. 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) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos 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 en virtud de este plan.

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

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como asegurado de nuestro plan 48

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

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica que cubre el plan 48

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para su atención médica 50

Sección 2.1 Debe elegir un médico de cabecera (PCP, en inglés) para que brinde y supervise su atención médica 50

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin obtener la aprobación anticipada de su PCP? 51

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores que forman parte de la red 51

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores que no forman parte de la red 53

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o catástrofe 53

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica 53

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios 55

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe 56

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 56

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 56

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, tiene que pagar el costo total 56

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 57

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 57

Sección 5.2 Cuando participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por cada cosa? 58

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en un "centro religioso no médico dedicado a la salud" 59

Sección 6.1 ¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud? 59

Sección 6.2 Recibir atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud 60

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero 60

Sección 7.1 ¿Puede convertirse en propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan? 60

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento 61

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 61

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 62

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? 62

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

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para su cobertura de atención médica. Contiene definiciones de términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe dicha atención, utilice el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que entienda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como asegurado de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término "proveedores" también abarca a hospitales y otros centros de salud.
- Los **"proveedores que forman parte de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos como pago completo. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan a usted. Cuando consulta a un proveedor que forma parte de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica que cubre el plan

Como plan de salud de Medicare, el plan Senior Care Plus Essential (HMO) tiene que cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y tiene que seguir sus mismas reglas de cobertura.

Por lo general, el plan Senior Care Plus Essential (HMO) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como asegurado de nuestro plan, debe elegir un PCP que forme parte de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, el PCP que forma parte de la red debe brindarle su aprobación por anticipado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina proporcionarle una "derivación". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Los referidos de su PCP no son necesarios para atención médica de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor que forme parte de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor que no forma parte de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). *Las siguientes son tres excepciones:*
  - El plan cubre atención médica de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor que no forma parte de la red. Si desea más información al respecto, y ver qué significan servicios de urgencia y de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si usted necesita atención médica que Medicare exige cubrir a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor que no forma parte de la red. Antes de buscar la atención se debe obtener una autorización de Senior Care Plus. En esta situación, pagará el mismo monto que pagaría si recibiera la atención de un proveedor que forma parte de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener una aprobación para consultar a un médico que no forma parte de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe elegir un médico de cabecera (PCP, en inglés) para que brinde y supervise su atención médica

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

Cuando se convierte en asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO) de Senior Care Plus, debe elegir a un proveedor del plan como su PCP. Su PCP es una persona que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica.

Por lo general, consultará primero a su PCP por la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Solo hay unos pocos tipos de servicios cubiertos que usted puede obtener por su cuenta, sin comunicarse antes con su PCP, excepto según explicamos a continuación. Su PCP proporcionará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como asegurado del plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención médica especializada, admisiones en el hospital y atención de seguimiento. La "coordinación" de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención. No necesita una derivación para consultar a un especialista de la red del plan.

Sin embargo, si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP o Senior Care Plus proporcionarán la aprobación por adelantado. En algunos casos, su PCP también deberá obtener la autorización previa (aprobación por adelantado). Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe hacer que se envíen sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Tenga la certeza de que Senior Care Plus se compromete a proteger la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal.

¿Cómo debe elegir su PCP?

Usted selecciona su PCP cuando se inscribe en Senior Care Plus. Para seleccionar su PCP, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de Senior Care Plus en nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com. Puede visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio al Cliente para saber qué proveedores están aceptando pacientes nuevos (lo que significa que su panel está abierto). Puede cambiar su PCP en cualquier momento, como se explica más adelante en esta sección.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP.

Para cambiar su PCP, llame a Servicio al Cliente. Cuando llame, asegúrese de informarle a Servicio al Cliente si está consultando a especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como los servicios de atención médica a domicilio y el equipo médico duradero). Servicio al Cliente le ayudará a asegurarse de que pueda seguir recibiendo la atención médica especializada y los demás servicios que está recibiendo cuando cambie su PCP. También se asegurarán de que el PCP al que quiere cambiar esté aceptando pacientes nuevos. Servicio al Cliente cambiará su registro de participación a fin de que muestre el nombre de su PCP nuevo y le informará cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. También le enviarán una nueva tarjeta de asegurado que incluya el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin obtener la aprobación anticipada de su PCP?

Puede recibir los servicios mencionados a continuación sin obtener la aprobación anticipada de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando sean prestados por un proveedor que forma parte de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la pulmonía, siempre y cuando se las administre un proveedor que forma parte de la red.
- Servicios de emergencia prestados por proveedores que forman parte de la red o por proveedores que no forman parte de la red.
- Los servicios de urgencia de proveedores que forman parte de la red o que no forman parte de la red cuando los proveedores que forman parte de la red están provisionalmente no disponibles o son inaccesibles (por ejemplo, cuando usted esté de manera provisional fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área; los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- Servicios de rutina de especialistas prestados por proveedores que forman parte de la red.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores que forman parte de la red

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con una parte del cuerpo o con enfermedades específicas. Existen muchas clases de especialistas. A continuación, se enumeran algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes que padecen cáncer.

- Los cardiólogos tratan a pacientes que padecen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que padecen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando su PCP considera que necesita un tratamiento especializado, no será necesario que reciba una derivación (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista del plan. Sin embargo, si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP recibirá la aprobación por adelantado. En algunos casos, el especialista también deberá obtener la autorización previa (aprobación por adelantado).

Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP para otros servicios determinados antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores (existen excepciones, incluida la atención médica de rutina para mujeres, que se explica en la sección anterior). No necesita una derivación para consultar a un especialista, pero si no tiene una autorización (aprobación por adelantado) antes de obtener determinados servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios. Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que las visitas adicionales al especialista estarán cubiertas.

- Si hay especialistas específicos a quienes quiera consultar, averigüe si su PCP prefiere a dichos especialistas. Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan que utilizan para las derivaciones. Esto significa que el PCP que seleccione puede determinar los especialistas que deba consultar. Por lo general, puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan para el que su PCP no le entrega una derivación. Consulte la subsección “Cómo cambiar su PCP” de la Sección 2.1, donde le decimos cómo cambiar su PCP.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor que forma parte de la red abandona el plan?

Es posible que realicemos cambios en relación con los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Existen varios motivos por los que su proveedor de servicios de salud puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandonan el plan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo para proporcionarle un aviso de al menos 30 días en el que le comunicaremos que su proveedor está por abandonar el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de servicios médicos calificado para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.

- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que no se interrumpa dicho tratamiento que está recibiendo, el cual es necesario por razones médicas.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de forma adecuada, tiene derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención médica.

Si un especialista, clínica, hospital u otro proveedor que forma parte de la red que usted esté usando abandona el plan, deberá cambiarse a otro proveedor que forme parte del plan. Por lo general, Senior Care Plus le notificará por adelantado que un proveedor abandonará nuestra red. Le asignaremos otro proveedor dentro de nuestra red que sea similar en ubicación y en práctica, y también orientación acerca de cómo seleccionar un proveedor si no está de acuerdo con la asignación. Si quiere seleccionar otro proveedor o consultar sobre si un proveedor participa en la red, comuníquese con el Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la portada de este manual.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores que no forman parte de la red

Como asegurado de Senior Care Plus, su plan tiene una red de proveedores de atención médica disponibles para usted. Si los servicios de atención médica no están disponibles dentro de la red, su proveedor debe comunicarse con nuestro departamento de Gestión de utilización de la atención médica (Autorización previa) para solicitar una revisión de un proveedor que no forme parte de la red. Les enviaremos nuestra determinación a usted y a su proveedor.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer frente a una?

Una **“emergencia médica”** se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente.

En caso de que se enfrente a una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.** Llame al 911 para pedir ayuda y diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia en caso de que la necesite. *No* es necesario que primero reciba una autorización o una derivación de su PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que el plan haya recibido la notificación sobre su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención médica de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Nuestro número de teléfono y el número de teléfono de su PCP se encuentran en su tarjeta de asegurado.

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia cuando el hecho de llegar a una sala de emergencias de cualquier otro modo podría implicar un riesgo para su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Como beneficio complementario, nuestro plan también ofrece cobertura de emergencia en todo el mundo. Para obtener más información acerca de la cobertura de emergencia en todo el mundo, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

En caso de que se presente una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestan atención médica de emergencia para colaborar en la dirección y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su afección se estabilizó y si cesó la emergencia médica.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a realizar un seguimiento de su afección para asegurarse de que continúa siendo estable. El plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención médica de emergencia es proporcionada por proveedores que no forman parte de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores que forman parte de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su problema de salud y las circunstancias lo permitan.

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

En ciertas ocasiones puede resultar difícil darse cuenta si está frente a una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le comunique que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya creído, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

- Obtiene la atención adicional a través de un proveedor que forma parte de la red.
- *–O –* la atención adicional que usted recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las reglas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" hacen referencia a una enfermedad, una lesión o una afección imprevista que no se trata de una emergencia y que exige atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores que forman parte de la red o no cuando los proveedores que forman parte de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, una exacerbación imprevista de una afección conocida que padece.

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

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia a través de proveedores que forman parte de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o son inaccesibles y no resulta razonable esperar para obtener la atención del proveedor que forma parte de la red, cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor que no forma parte de la red.

Usted puede obtener atención médica inmediata cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si tiene dudas sobre cómo acceder a centros de atención de urgencia, puede contactarse con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

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

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

Como beneficio complementario, nuestro plan ofrece cobertura de urgencia en todo el mundo. Para obtener más información acerca de la cobertura de urgencia en todo el mundo, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el Gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe:

- www.fema.gov/ (para catástrofes declaradas por el Presidente)
- www.phe.gov/preparedness/Pages/default.aspx (para catástrofes declaradas por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos [HHS, en inglés])
- www.dem.nv.gov/ (para catástrofes declaradas por el Gobernador de Nevada)

Por lo general, si durante una catástrofe no puede acudir a un proveedor que forma parte de la red, su plan le permitirá obtener atención de proveedores que no forman parte de la red por el monto de costos compartidos aplicable dentro de la red. Si durante una catástrofe no puede acudir a una farmacia que forma parte de la red, puede surtir los medicamentos con receta en una farmacia que no forma parte de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

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

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, tiene que pagar el costo total

El plan Senior Care Plus Essential (HMO) cubre todos los servicios médicos que se consideren médicamente necesarios; estos servicios se mencionan en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que planea obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a preguntarlo por escrito. En caso de que confirmemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

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

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Puede llamar a Servicio al Cliente si desea saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

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

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

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

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los asegurados de nuestro plan. En primer lugar, Medicare *o nuestro plan* deben aprobar el estudio de investigación. Si participa de un estudio que Medicare *o nuestro plan* no *hayan aprobado, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueben el estudio, un miembro del personal a cargo del estudio se comunicará con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos de este *y* si entiende y acepta plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si participa de un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores médicos que proporcionan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* deben formar parte de la red de proveedores médicos de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar de un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar de un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) para informales que participará en un ensayo clínico y para conocer detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

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

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

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

Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre los costos compartidos en Original Medicare y sus costos compartidos como asegurado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio al igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

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

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Resúmenes de Medicare u otra documentación en la que se indique 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 usted participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán en ninguno de los siguientes casos:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúe en el estudio, a menos que Medicare cubriese dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara de un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su problema de salud normalmente exigiera una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar de un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare y los estudios de investigación clínica". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

También 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 6 Reglas para obtener atención cubierta en un "centro religioso no médico dedicado a la salud"

Sección 6.1 ¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud?

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un establecimiento en el que se 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 se opusiera a las creencias religiosas de un asegurado, en cambio, prestaremos cobertura para su atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en centros religiosos no médicos dedicados a la salud.

Sección 6.2 Recibir atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que "no esté exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico "no exceptuado" corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" corresponde a la atención o al tratamiento médico *no voluntario* u *obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

Para que el plan le brinde cobertura, la atención que reciba en un centro religioso no médico dedicado a la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde la atención tiene que estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de este centro que se le presten en un establecimiento, regirán las siguientes condiciones:
  - Debe tener un problema de salud que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
  - – *Y* – tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Como sucede con los límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados, si obtiene la autorización, tendrá cobertura ilimitada para este beneficio. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede convertirse en propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como suministros y equipos de oxígeno, sillas de rueda, caminadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión de intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar. Ciertos artículos, como prótesis, siempre serán propiedad del asegurado. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. No obstante, como asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO), por lo general no obtendrá la propiedad de artículos de equipo médico duradero (DME, en inglés) alquilado independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de DME a usted. Contáctese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

En caso de que no haya obtenido la propiedad del artículo de DME mientras formaba parte de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo después de cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos hechos mientras formó parte de nuestro plan no se contemplan como parte de estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME conforme a Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se contemplan como parte de estos 13 pagos consecutivos. Tiene que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare a fin de obtener la propiedad del artículo. No hay excepciones para esta situación cuando vuelva a formar parte de Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, entonces, durante todo el tiempo que usted esté inscrito, el plan Senior Care Plus Essential (HMO) cubrirá:

- El alquiler de equipos de oxígeno.
- La administración de oxígeno y el contenido de oxígeno.
- Los tubos de oxígeno y los accesorios relacionados para suministrar oxígeno y el contenido de oxígeno.
- El mantenimiento y las reparaciones de los equipos de oxígeno

Si abandona el plan Senior Care Plus Essential (HMO) o ya no necesita equipos de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

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

Sus costos compartidos de Medicare para la cobertura de equipos de oxígeno es de un coseguro del **20%** del costo por cada artículo cubierto por Medicare. *Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura si el costo es superior a $100.*

Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses en el plan Senior Care Plus Essential (HMO).

Si antes de inscribirse en el Senior Care Plus Essential (HMO) había pagado 36 meses de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en el plan Senior Care Plus Patriot (HMO) no cambiará después de 36 meses.

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

Si regresa a Original Medicare, comenzará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted pagó el alquiler de equipos de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en el plan Senior Care Plus Essential (HMO), se inscribe en el plan Senior Care Plus Essential (HMO) durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, deberá pagar la totalidad del costo compartido por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si usted pagó durante 36 meses mientras estuvo inscrito en el plan Senior Care Plus Essential (HMO) y luego regresa a Original Medicare, deberá pagar la totalidad del costo compartido por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por el plan 65

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos por el plan 65

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B del Programa Medicare? 65

Sección 1.3 Nuestro plan también limita sus gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios 66

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para determinar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará 67

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como asegurado del plan 67

SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan? 127

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 127

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por el plan

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos por el plan y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que indica sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto por el plan como asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos por el plan

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Paga un copago cada vez que recibe el servicio médico. (El "Cuadro de beneficios médicos" de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **"Coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Paga un coseguro cada vez que recibe el servicio médico. (El "Cuadro de beneficios médicos" de la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario de Medicare Calificado (QMB) no deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su evidencia de elegibilidad de Medicaid o de QMB, si corresponde. Si cree que se le está pidiendo pagar un monto incorrecto, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que debe pagar como gasto de bolsillo por año por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare o por nuestro plan y que forman parte de la red (consulte a continuación el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo por los servicios médicos.

Como asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO), lo máximo que deberá pagar como gasto de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2022 es **$3,400**. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos que forman parte de la red se contemplan para este monto máximo de bolsillo. (Los montos que paga por la multa por inscripción tardía de la Parte D y por sus medicamentos con receta de la Parte D no se contemplan para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos

servicios no se contemplan para su monto máximo de bolsillo). Si alcanza la cantidad máxima de gasto de bolsillo de **$3,400**, no deberá pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Sin embargo, tiene que continuar pagando la prima del plan de salud y la prima del plan de salud de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima del plan de salud de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan también limita sus gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios

Como asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos adicionales, denominados “facturación de saldos adicionales” del costo de un servicio. Esta protección (nunca pagará más que el costo compartido) rige incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, $15.00), entonces paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor que forma parte de la red.
- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que forma parte de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores que no forman parte de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene una autorización previa).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores que no forman parte de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene una autorización previa).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos adicionales”, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para determinar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como asegurado del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre el plan Senior Care Plus Essential (HMO) y lo que usted 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 de Medicare tienen que prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *tienen* que ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe atención de un proveedor que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor que no forma parte de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores que forman parte de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor que no forma parte de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda atención y la supervisa.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces se denomina “autorización previa”).

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, quizás deba pagar *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2022*. Consúltelo 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).
- En el caso de todos los servicios de prevención que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por un problema de salud existente durante la visita cuando recibe el servicio de prevención, se aplicará un copago por la atención recibida para el problema de salud existente.

- En ocasiones, Medicare agrega cobertura conforme a Original Medicare de nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención que figuran en el Cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un único ultrasonido de detección para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una orden médica para este por parte de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para este examen de detección preventivo.

Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como: • dolor que dura 12 semanas o más; • dolor no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • dolor no relacionado con una cirugía, y • dolor no relacionado con un embarazo. Se cubren ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no presenta mejoras o experimenta una regresión. Requisitos para proveedores: Los médicos (tal como se los define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley) podrán brindar acupuntura de conformidad con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA, en inglés), enfermeros (NP, en inglés)/enfermeros clínicos especializados (CNS, en inglés) (tal como se los identifica en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y tienen lo siguiente: • un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de un centro educativo acreditado por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia.	Copago de **$30** por visita y 20 visitas como máximo.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel de supervisión adecuado de un médico, asistente médico o enfermero/enfermero clínico especializado tal como lo requieren por las normas del Título 42, §§ 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). ***Máximo de 20 visitas por año del plan*** *Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.*	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención médica si se prestan a un asegurado cuyo problema de salud amerita este servicio, ya que otros medios de transportación podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. **Corresponde la transportación que no sea de emergencia en ambulancia si está documentado que la afección del asegurado amerita este servicio, ya que otros medios de transportación podrían poner en riesgo la salud de la persona y dicha transportación es médicamente necesaria.** El transporte que no sea de emergencia entre centros requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura	Copago de $250 por cada viaje en ambulancia cubierto por Medicare de ida o de vuelta. **$0** Copago de $0 para el transporte entre los centros para pacientes hospitalizados. Según las pautas de Medicare, los servicios de ambulancia que son de emergencia y los que no son de emergencia están cubiertos en función de la necesidad médica. Si su afección califica para recibir cobertura, pagará el copago antes indicado. Si su afección no cumple con los criterios de Medicare y usted utiliza el servicio de ambulancia, será responsable de todo el costo.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen físico anual El examen físico anual es un examen más completo que una visita de bienestar anual. El examen físico anual incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. Los servicios incluirán lo siguiente: examen de los sistemas corporales, como el sistema cardiovascular, pulmonar, neurológico y de cabeza y cuello; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de los medicamentos con receta; y una revisión de las hospitalizaciones recientes. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológicas o pruebas de diagnóstico no radiológicas, ni pruebas de diagnóstico. Se podría aplicar un costo compartido adicional a los análisis de laboratorio o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante su visita, tal como se describe para cada servicio por separado en este Cuadro de beneficios médicos. ***No es necesario programar las visitas para el examen físico anual con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por año calendario.***	Por el examen físico anual, usted paga **$0**. Si recibe servicios para solucionar una afección médica durante la misma visita al consultorio, se podría aplicar un costo compartido adicional.
Consulta de bienestar anual Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario que haya realizado una visita “Bienvenido a Medicare” para que se cubran las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. ***No es necesario programar las visitas de bienestar anuales con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por año calendario***	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de densidad ósea Para las personas elegibles (por lo general, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de densidad ósea cubierto por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de examen de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más • Un examen clínico de las mamas cada 24 meses Se utiliza una mamografía de detección para la detección temprana del cáncer de mama en mujeres que no presentan signos ni síntomas de esta enfermedad. Una vez establecidos los antecedentes de cáncer de mama, y hasta que ya no haya signos ni síntomas de cáncer de mama, las mamografías regulares se consideran de diagnóstico y están sujetas a costo compartido, tal como se describe en Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, en este cuadro. Por lo tanto, el beneficio anual de mamografía de detección no está disponible para las aseguradas que presenten signos o síntomas de cáncer de mama. *Puede recibir este servicio por su cuenta, sin una orden médica de su PCP, siempre que lo reciba de un proveedor del plan*	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de examen de detección cubiertas. Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de mamografías de evaluación cuando sea médicamente necesario. Se podría aplicar un copago de **$10** por la visita al consultorio si el servicio no se considera preventivo o si el asegurado se encuentra fuera del límite de edad (40+) o del límite de uso (1 cada 12 meses).

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y terapia están cubiertos para asegurados que cumplen ciertas condiciones con un referido del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de **$10** por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Copago de **$15** para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede repasar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares, tratamiento intensivo para la salud conductual, el asesoramiento preventivo sobre medicamentos/las intervenciones para reducir el factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Se podría aplicar un copago de **$10** por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos.
Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades (o anomalías asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años. Se podría aplicar un copago de **$10** por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el asegurado supera el límite de uso (una vez cada 5 años).

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses • Si tiene un riesgo alto de tener cáncer cervical o vaginal o el resultado de una prueba de Papanicolaou fue anormal dentro de los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses *Es posible que reciba estos servicios de salud de rutina para mujeres por su cuenta, sin una orden médica de su PCP siempre y cuando lo brinde un proveedor del plan*	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Pap y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Se podría aplicar un copago de **$10** por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el asegurado supera el límite de uso (una vez cada 24 meses).
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	Copago de **$20** por cada visita cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación).

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años y más, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o examen de detección mediante enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT, en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés) Examen de detección colorrectal basado en el ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopía del examen de detección (o examen de detección mediante enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para las personas sin alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopía del examen detección cada 10 años (120 meses), pero no en el lapso de 48 meses de una sigmoidoscopia del examen de detección **Nota:** Si tiene antecedentes de cáncer de colon, o le han extirpado pólipos durante una colonoscopía previa, las colonoscopías regulares se consideran de diagnóstico y están sujetas a costo compartido, tal como se describe en el costo compartido de las cirugías para pacientes ambulatorios en este cuadro. Por lo tanto, el beneficio de colonoscopía de detección no está disponible para los asegurados que presenten signos o síntomas antes de la colonoscopía.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Una colonoscopía o sigmoidoscopia realizada para extirpar un pólipo o para realizar una biopsia es un procedimiento quirúrgico sujeto al costo compartido de las cirugías para pacientes ambulatorios descrito más adelante en este cuadro.

Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: • Los servicios prestados por un dentista o cirujano bucal están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, a la reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, a la extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para la enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los suministrara un médico.	Copago de **$45** por cada visita por servicios dentales cubiertos por Medicare.
SCP proporciona beneficios dentales adicionales incluidos en su plan: • Servicios dentales preventivos que incluyen 2 exámenes, 2 limpiezas y 2 series de radiografías con aleta de mordida por año. • Solo puede recibir beneficios por servicios cubiertos proporcionados por un proveedor de Medicare de Delta Dental. Salvo en caso de emergencia cuando no haya disponible un proveedor para brindarle la atención que necesita, el plan no paga beneficios por servicios dentales (independientemente de si son servicios cubiertos) si los servicios son prestados por un proveedor no participante. Usted será responsable exclusivo de la atención dental que le preste un proveedor no participante.	No hay copago por los servicios de diagnóstico y dentales preventivos (2 visitas por año, como máximo).
Los servicios de diagnóstico y preventivos no están sujetos al deducible por año calendario. **Para obtener información adicional, consulte el final de esta sección.** Delta Dental administra los beneficios de servicios dentales en nombre de Senior Care Plus. *Consulte la sección de exclusiones y el final de la Sección 3 para obtener más información sobre los servicios dentales preventivos*	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención médica básica que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita de examen de detección de depresión anual. Se podría aplicar un copago de **$10** por la visita al consultorio si el servicio no se considera preventivo o si el asegurado supera el límite de uso (un examen de detección por año).
Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye las pruebas de glucemia 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 glucemia alta (glucosa). También es posible que se cubran las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	
Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucemia: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par por año calendario de calzados ortopédicos a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos calzados) y dos pares adicionales de plantillas o un par de calzados de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no a medida proporcionadas con cada calzado). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones. *Los dispositivos ortésicos y ortopédicos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, si el costo supera los $800.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios que cumplen los requisitos para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes. Los monitores de glucosa en sangre se proporcionan de forma gratuita. Coseguro del **20%** del costo de cada artículo de suministro para la diabetes cubierto por Medicare recibido por venta minorista o con servicio de pedido por correo.

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este manual). Los artículos incluyen, entre otros, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión de intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y caminadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro suministrador en su área no distribuye una marca o un fabricante en particular, puede pedirle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de suministradores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com. Generalmente, el plan Senior Care Plus Essential (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en el plan Senior Care Plus Essential (HMO) y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le derive a otro profesional para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con respecto a 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 son adecuados para su problema de salud. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]*). *Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura si el costo es superior a $500.*	Coseguro del **20%** del costo de cada artículo cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Atención médica de emergencia	
La atención médica de emergencia se refiere a los siguientes servicios: • Servicios provistos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia. • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente. Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados por proveedores que no forman parte de la red son los mismos que tendrían si fueran prestados por proveedores que forman parte de la red. La cobertura se encuentra disponible en todo el mundo.	Copago de **$120** por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No debe pagar este monto si lo ingresan de inmediato en el hospital dentro de las 24 horas. Si lo internan en un hospital, pagará el costo compartido que se describe en la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este cuadro de beneficios. Si lo mantienen en observación, se aplica el copago por **Observación de pacientes ambulatorios**. Si recibe atención médica de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes hospitalizados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe recibir su atención para pacientes hospitalizados en el hospital que no forma parte de la red autorizado por el plan y su gasto es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red. En algunos casos, podría tener que pagar un copago adicional por los servicios prestados por determinados proveedores en la sala de emergencias. Copago de **$120** por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Beneficio de acondicionamiento físico Senior Care Plus ofrece una membresía de gimnasio en gimnasios seleccionados dentro de nuestra área de servicio para los asegurados activos que estén inscritos en el plan Senior Care Plus Essential (HMO). Visite www.SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año del plan.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los asegurados elegibles para el buen estado físico.
Programas educativos de salud y bienestar Senior Care Plus ofrece materiales de educación de salud por escrito, incluso boletines, además de los servicios de un educador de salud certificado u otro profesional médico calificado. Ofrecemos una serie de programas educativos y de apoyo para que los asegurados superen los desafíos presentados por problemas de salud como asma o diabetes y para ayudarlos a crear y adoptar un estilo de vida saludable. Los servicios de nutrición y control de peso son ofrecidos por nutricionistas registrados como cursos de asesoramiento de nutrición (no para la diabetes) y control de peso. La educación de nutrición no tiene límite en cuanto al número de visitas siempre que sean una necesidad médica. Los servicios pueden ser en grupo o individuales, pero generalmente son sesiones individuales.	No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para el cuidado de la audición	
Los exámenes de equilibrio y audición de diagnóstico realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de **$45** por exámenes de equilibrio y de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios.
También cubrimos un (1) examen de audición de rutina por año.	Copago de **$45** por examen de audición de rutina (límite de 1 por año)
Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-844-341-9614 para programar una cita.	*Los copagos de exámenes de audición de rutina no se contemplan para el gasto máximo de bolsillo*.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Audífonos Hasta dos audífonos marca TruHearing por año (uno por oído por año). El beneficio está limitado a los audífonos TruHearing Advanced y Premium, que ofrecen distintos estilos y colores. Hay audífonos premium disponibles en opciones de estilos recargables por $50 adicionales por audífono. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al **1-844-341-9614** para programar una cita (para TTY, marque 711). La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Primer año de visitas de seguimiento al proveedor. • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono para los modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente: • Costo adicional por los audífonos recargables opcionales • Moldes del oído • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no son de la marca TruHearing • Costos relacionados con reclamaciones de garantía por pérdida y daño **Los costos relacionados con los elementos excluidos son responsabilidad del asegurado y no están cubiertos por el plan.**	Copago de **$699** por audífono para audífonos Advanced Copago de **$999** por audífono para audífonos Premium Los copagos de exámenes de audición de rutina y audífonos no están sujetos al gasto de bolsillo máximo.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de VIH Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: **Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo**	No hay coseguro, copago o deducible para los asegurados elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita atención médica a domicilio y solicitar que dicha atención médica sea provista por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que abandonar su hogar es un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente y servicios de asistente médica a domicilio (cubiertos conforme al beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de asistente médica a domicilio deben ser de 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	No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, que incluye los servicios de enfermería, proporcionados conforme al plan de atención. • Formación y educación del paciente, que no estén cubiertas de otro modo, por el beneficio del equipo médico duradero. • Supervisión remota • Servicios de supervisión para la provisión de terapia de infusión en el hogar y fármacos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	Usted paga un coseguro del **20%** por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.

Atención médica para pacientes terminales Puede recibir atención de cualquier programa para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir los beneficios para pacientes con enfermedades terminales cuando su médico y el director médico del centro para pacientes con enfermedades terminales le han indicado un pronóstico terminal en el que se certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos si su enfermedad evoluciona con normalidad. Su médico para pacientes con enfermedades terminales puede ser un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Atención médica de relevo de corto plazo • Atención médica en el hogar <u>Para los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales, su proveedor de servicios para pacientes con enfermedades terminales le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal</u>: Si necesita servicios que no sean de casos de emergencia ni de urgencia, que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, los costos de estos servicios dependen de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan: • Si recibe los servicios cubiertos por el plan de un proveedor que forma parte de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios que forman parte de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red, usted paga el costo	Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal en lugar del plan Senior Care Plus Essential (HMO). Copago de **$50** por cada visita con un especialista de servicio de consulta para pacientes con enfermedades terminales

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
compartido establecido en las Tarifas por servicio de Medicare (Original Medicare).	
Atención médica para pacientes con enfermedades terminales (continuación) Para los servicios cubiertos por el plan Senior Care Plus Essential (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: El plan Senior Care Plus Essential (HMO) continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted debe pagar el monto del costo compartido del plan que le corresponde a estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: los medicamentos no son cubiertos en forma concurrente por el plan para pacientes con enfermedades terminales y nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare*). **Nota:** Si necesita atención que no sea para pacientes con enfermedades terminales (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. • Nuestro plan cubre servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales (una sola vez) para todas las personas con enfermedades terminales que no hayan elegido los beneficios para pacientes con enfermedades terminales.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos son los siguientes: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas contra la COVID-19 • Vacunas contra la gripe, cada temporada de gripe durante el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si tiene riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. *Las demás vacunas requieren autorización previa (aprobación por adelantado).*	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios en hospitales para pacientes hospitalizados. La atención en hospitales para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos del quirófano y la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para el tratamiento por abuso de sustancias controladas para pacientes hospitalizados • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, célula troncal e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplante aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o hallarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes que forman parte de la red se encuentran lejos del lugar habitual de atención médica de la comunidad, puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a	**Preferido:** **$300** por día para los días 1 a 5 **$0** por día para los días de 6 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 775-982-3112. **No preferido:** **$440** por día para los días de 1 a 5 **$0** por día para los días de 6 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto. Para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados, se aplicará el costo compartido antes descrito cada vez que lo internen en el hospital. El traslado a otro tipo de centro (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de atención a largo plazo) se considera una nueva

aceptar la tasa de Original Medicare. Si el plan Senior Care Plus Essential (HMO) proporciona servicios de trasplante en un lugar alejado del lugar habitual de atención médica para trasplantes en su comunidad y usted recibe aprobación para recibir un trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.

- Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada.
- Servicios del médico

Nota: Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede obtener más información en la hoja da datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/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 sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.

Los servicios de trasplante con proceso de evaluación requieren autorización previa (aprobación por anticipado) para tener cobertura.

hospitalización. Para cada hospitalización, tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de conformidad con las reglas del plan.

No hay copagos adicionales para los servicios hospitalarios agudos para pacientes hospitalizados cuando es reingresado a un centro con el que tenemos contrato durante un período de beneficios o en un plazo de 60 días desde la última alta.

Un período de beneficios comienza el primer día en que visita un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes hospitalizados en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o a un SNF) luego de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Es posible que deba pagar hasta el copago máximo de atención para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios.

Si obtiene atención médica autorizada para paciente hospitalizado en un hospital que no forma parte de la red una vez que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el mismo costo compartido que

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
	pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados • Los servicios cubiertos por el plan incluyen servicios de atención médica mental que requieran una internación. • Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para atención de salud mental y servicios por abuso de sustancias que se presta en un hospital psiquiátrico independiente. El beneficio está limitado por el uso parcial o total previo de un tratamiento de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental y los servicios por abuso de sustancias que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. *Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener-* *autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.* *Los servicios de trasplante con proceso de evaluación requieren autorización previa (aprobación por anticipado) para tener cobertura*	**Preferido:** **$300** por día para los días 1 a 5 **$0** por día para los días de 6 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 775-982-3112. **No preferido:** **$440** por día para los días de 1 a 5 **$0** por día para los días de 6 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto. El límite de por vida de 190 días no se aplica a hospitalizaciones en un hospital general de cuidados intensivos. No hay copagos adicionales para los servicios hospitalarios agudos para pacientes hospitalizados cuando es reingresado a un centro con el que tenemos contrato

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
	durante un período de beneficios o en un plazo de 60 días desde la última alta. Un período de beneficios comienza el primer día en que visita un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes hospitalizados en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o a un SNF) luego de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Es posible que deba pagar hasta el copago máximo de atención para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios.

Estadía para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes hospitalizados no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía para pacientes hospitalizados no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras usted está en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:	Los servicios cubiertos de la "Parte B" están cubiertos del mismo modo en que estarían cubiertos si fueran prestados en un centro para pacientes externos. Cuando su hospitalización ya no cuente con cobertura, estos servicios se cubrirán tal como se describe en las siguientes secciones:
• Servicios del médico	
• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)	
• Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos	
• Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones	Consulte más abajo "Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico".
• Prótesis y equipos de órtesis (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o que reemplazan en forma total o parcial la función de un órgano del cuerpo que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos equipos	Consulte más abajo "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios".
• Aparatos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en la condición física del paciente	Consulte más abajo "Prótesis y suministros relacionados".
• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional *La cobertura de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional que incluya más de 20 visitas por año requiere autorización previa (aprobación por adelantado*	Consulte más abajo "Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios".
Terapia de nutrición médica	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Este beneficio es para las personas con diabetes o con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis), o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando sean referidas por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de terapia individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la derivación todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago o deducible para los asegurados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención de cambios del comportamiento de salud estructurado que brinda capacitación práctica en cambios de alimentación a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias para solucionar problemas a fin de superar los desafíos de bajar de peso y lograr un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los asegurados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras recibe servicios de un médico, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios • Medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento en que se efectuó el trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique que se debió a la osteoporosis posterior a la menopausia y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos para el cáncer administrados por vía oral y medicamentos para las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, la anestesia local y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades por deficiencia inmunitaria El medicamento que se le receta en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la Parte B puede tener un requisito de “terapia escalonada”. Este requisito fomenta que usted y su proveedor prueben medicamentos que cuestan menos, pero con la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan el mismo	Coseguro del **20%** para todos los medicamentos cubiertos por Original Medicare. No hay límite de beneficios para los medicamentos cubiertos por Original Medicare. Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de atención primaria, los servicios de especialistas o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico” o en “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios”, en este cuadro de beneficios), según dónde usted reciba los servicios de infusión o la administración del medicamento. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo por atención médica <u>Estos medicamentos con receta están cubiertos en virtud de la Parte B y no tienen cobertura en virtud del programa de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) y, por lo tanto, no se computan para su máximo de bolsillo de la Parte D de Medicare.</u>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
problema de salud, el plan puede requerir que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina “terapia escalonada”. También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. *Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura*	
Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso Si tiene un índice de masa muscular de 30 o más, cubrimos la terapia intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta terapia está cubierta si la obtiene en un entorno de atención médica básica, donde se pueda coordinar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad preventivo y la terapia.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento con opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para tratamientos con agonistas (medication-assisted treatment, MAT) y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) • Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia grupal e individual • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas	Copago de **$50** por cada servicio del programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare

Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (con radio e isótopo) incluidos suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura para los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: servicios de diagnóstico no radiológicos, que incluyen, entre otros, estudios del sueño, ECG, estudios vasculares, pruebas de esfuerzo y pruebas para la capacidad respiratoria. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: servicios de diagnóstico radiológicos, excluidas las radiografías, que incluyen, entre otros, ecografías, imágenes cardíacas nucleares, tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés), imágenes por resonancia magnética y tomografías computarizadas. **Nota:** No hay un cargo por separado por los suministros médicos que se utilizan habitualmente en el curso de una visita al consultorio de rutina (como vendas, hisopos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo adicional (como agentes químicos utilizados en determinados procedimientos de diagnóstico) están sujetos a costos compartidos tal como se muestra.	Usted paga un copago de **$70** por las radiografías cubiertas por Medicare. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias radiografías. Usted paga un copago de **$60** por las visitas de radioterapia cubiertas por Medicare. Usted paga **$0** por los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare. Sus copagos por Servicios para la médula ósea variarán según el tipo y el centro donde se preste el servicio. Usted paga **$0** por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Este copago no se aplica a las extracciones de sangre ni a las pruebas de índice internacional normalizado (pruebas de anticoagulantes). Usted paga un copago de **$275** por los estudios del sueño y las pruebas de estrés cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de **$100** por las exploraciones por CT, los estudios vasculares y las pruebas de capacidad respiratoria cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de **$135** por imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear. Usted paga un copago de **$120** por tiras reactivas de INR y análisis genéticos especializados.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Si se realizan servicios de diagnóstico en el consultorio, se aplicará un copago por visita al consultorio o un copago por servicio de diagnóstico, el monto que resulte mayor. Si el mismo proveedor realiza varias pruebas de diagnóstico el mismo día, se cobrará solo el copago más alto. Se aplica el copago del centro para las pruebas de diagnóstico realizadas en un centro de cirugía ambulatoria (SDS, en inglés) o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ASC, en inglés) *La radioterapia requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.*	Usted paga **$0** por los servicios de hematología cubiertos por Medicare. Usted paga **$0** por los ECG, incluidos los ECG previos a una cirugía. Usted paga un copago de $0 por densitometría ósea, escaneo de retina, espirometría, DPN y prueba Quantiflo. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas. Si varios proveedores le prestan distintos servicios, se aplicará un costo compartido por separado. Usted paga un copago de **$275** por sigmoidoscopias flexibles no preventivas que se realicen durante una visita como paciente ambulatorio.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser internado o si le pueden dar el alta hospitalaria. Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia del estado y por los estatutos del personal hospitalario para internar pacientes en el hospital u ordenar pruebas a pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. **También puede obtener más información en la hoja da datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/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 sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**	**Preferido:** Copago de **$275** por cada servicio de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 775-982-3112. **No preferido:** Copago de **$440** por cada servicio de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios
- Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital
- Atención médica mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento para pacientes hospitalizados sin esta
- Radiografías y otros servicios de radiografías facturados por el hospital
- Suministros médicos, como férulas y yesos
- Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse
- Terapia de infusión para pacientes ambulatorios, no incluye el costo de los medicamentos

Para el medicamento de la infusión, pagará el costo compartido que se describe en “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”, en este cuadro de beneficios. Además, para la administración de los medicamentos de la terapia de infusión, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de atención primaria, los servicios de especialistas o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico” o en “Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios”, en este cuadro de beneficios), según dónde reciba los servicios de infusión o la administración del medicamento.

Nota: A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si

Preferido:

Copago de **$275** por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios.

Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red.

Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 775-982-3112.

No preferido:

Copago de **$440** por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios.

Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja da datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/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 sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ***Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.***	La biopsia, exploración y extirpación de cuerpos extraños y/o pólipos durante una colonoscopía preventiva tienen un copago de **$0**. Las cirugías o los procedimientos para pacientes ambulatorios que se realicen en un centro de cirugía ambulatoria (SDS) exigirán un copago preferido o no preferido. Si se realizan colonoscopías y endoscopías no preventivas durante la visita, se aplicará el copago correspondiente por servicios para pacientes ambulatorios preferidos o no preferidos.
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizados por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otros profesionales de la salud mental calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes.	Copago de **$40** por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos por el plan incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son provistos en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). *La cobertura de más de 20 visitas por año calendario o en caso de realizarse en un centro para pacientes hospitalizados o en un centro especializado si se han agotado los beneficios especializados requiere autorización previa (aprobación por adelantado*	Copago de **$20** por cada visita de terapia ocupacional/fisioterapia y terapia del habla/del lenguaje cubierta por Medicare. Copago de **$20** por cada visita a un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés).
Servicios para el tratamiento por abuso de sustancias controladas para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias proporcionados por un proveedor o centro que participan en Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables para el tratamiento del alcoholismo y el abuso de sustancias en un centro para pacientes ambulatorios, si los servicios son médicamente necesarios. La cobertura en virtud de la Parte B de Medicare está disponible para servicios de tratamiento que se presten en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, hayan recibido el alta hospitalaria por una hospitalización para el tratamiento del abuso de sustancias, o que requieran tratamiento, pero no necesiten la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se prestan en una hospitalización. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que se aplican en general a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	Copago de **$50** por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.

Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si usted será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor emita una orden de admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía para paciente ambulatorio. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar "paciente ambulatorio". Esto se denomina hospitalización para "observación de pacientes ambulatorios". Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debe preguntarle a su médico que forme parte del personal del hospital. Si recibe cualquier servicio o artículo que no sea una cirugía, lo que incluye, entre otros, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, órtesis, suministros o medicamentos de la Parte B, se podría aplicar un costo compartido adicional por dichos servicios o artículos. Consulte sobre el servicio o artículo que recibió para conocer el costo compartido específico que debe pagar. *Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.*	**Preferido:** Usted paga **$275** por visita por procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, endoscopías terapéuticas y de diagnóstico, y cirugías para pacientes ambulatorios realizadas en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 775-982-3112. **No preferido:** Usted paga **$440** por visita por procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, endoscopías terapéuticas y de diagnóstico, y cirugías para pacientes ambulatorios realizadas en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
	quirúrgico para pacientes ambulatorios. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto. Consulte “Examen de detección colorrectal” en este cuadro para conocer el costo compartido que debe pagar por los procedimientos de evaluación colorrectal. Usted no paga ningún copago por cirugía como paciente ambulatorio si lo internan en el hospital por la misma afección dentro de las 24 horas posteriores a un procedimiento o una cirugía como paciente ambulatorio (consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este cuadro para conocer el costo compartido del hospital que se aplica en estos casos). Si lo mantienen en observación, aun así se aplica el copago. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos de venta libre (OTC) Artículos como un beneficio complementario de la Parte C. Se incluyen los medicamentos, fármacos y otras sustancias de venta libre, que no requieren receta, incluso si los indica un médico. Importe de la cobertura del beneficio del plan máximo específico del servicio. Cubre toda la lista de OTC que se encuentra en el capítulo 4 del manual Atención administrada de Medicare. Recibirá una asignación trimestral (enero, abril, julio y octubre) para comprar determinados artículos personales de cuidado de la salud. Para acceder al catálogo de artículos elegibles, visite www.HometownOTCStore.com o llame al 1-855-383-4231. También recibirá un catálogo por correo.	La cobertura máxima de beneficios del plan es de **$25** por trimestre. Proporcionado por: FieldTex Products, Inc.
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes. *Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura*	Copago de **$45** por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de cirugía o atención médica, médicamente necesarios, suministrados en el consultorio del médico, centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados certificado, departamento del hospital para pacientes ambulatorios u otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista	Copago de **$0** por visita a un PCP preferido por servicios cubiertos por Medicare. Copago de **$10** por visita a todos los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare.
• Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su especialista, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, que incluye consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. El(los) servicio(s) específico(s) de la Parte B que el plan ha identificado como clínicamente apropiados para proporcionar a través de intercambio electrónico cuando el proveedor no esté en el mismo lugar que el inscrito. • Determinados servicios adicionales de telehealth (telesalud), lo que incluye: Los servicios de dermatología y atención de urgencia se proporcionan a través del proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc.	Copago de **$10** por visita a un centro de atención sin citas. Copago de **$50** por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare. Copago de **$0** por servicios de dermatología proporcionados por el proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc.
Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita presencial o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de red que ofrezca el servicio a través de telesalud.	No se requiere una derivación de su PCP para consultar a un especialista del plan. Si se realizan servicios de diagnóstico en el consultorio, se aplicará un copago por visita al consultorio o un copago por servicio de diagnóstico, el monto que resulte mayor

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios

Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación)
• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para asegurados que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en el hospital, con acceso crítico o no, en un centro de diálisis renal o en el hogar del asegurado
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación
• Servicios de telesalud para asegurados con un trastorno de abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si es que**:
  ○ Usted no es un paciente nuevo **y**
  ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
  ○ El control no conduce a una visita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible.
• Evaluación de videos o imágenes que usted le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en el plazo de 24 horas **si es que**:
  ○ Usted no es un paciente nuevo **y**
  ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
  ○ La evaluación no conduce a una visita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación) • Consultas que su médico realice con otros médicos por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos. • Segunda opinión de otro proveedor que forma parte de la red antes de la cirugía • Atención dental no de rutina (los servicios cubiertos por el plan están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, a la reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, a la extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los suministrara un médico) o Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web, member.teladoc.com/signin, para registrar su cuenta. También puede contactarse con el Servicio al Cliente o Teladoc directamente al 1-800-835-2362 para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolones de talón) • Atención de rutina de los pies para asegurados con ciertos problemas de salud que afecten las extremidades inferiores	Copago de **$50** por cada visita cubierta por Medicare en el consultorio o en el hogar. Para los servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios, como cirugías, consulte Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos por el plan incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses): • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno específico de la próstata (PSA, en inglés)	No hay coseguro, copago ni deducible para cada examen de tacto rectal cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago o deducible por una prueba de PSA anual. Los exámenes de PSA de diagnóstico están sujetos al costo compartido que se describe en Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, en este cuadro. Se podría aplicar un copago de **$10** por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el asegurado supera el límite de uso (una vez cada 12 meses).

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Prótesis y suministros relacionados Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, aparatos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis, y reemplazo o reparación de prótesis. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte "Servicios para la vista" más adelante en esta sección para obtener más información. **Suministros médicos** Artículos médicamente necesarios u otros materiales que se utilizan una vez y se descartan, o que de algún modo se usan en su totalidad. Incluye, entre otras cosas: catéteres, gasas, apósitos quirúrgicos, vendas, agua esterilizada y suministros para traqueotomía. *Las prótesis requieren autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura si el costo es superior a $800.00.*	Coseguro del **20%** por cada prótesis o dispositivo ortésico cubierto por Medicare, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos, y suministros relacionados. Copago de **$50** por controles de marcapasos Usted paga un coseguro del **20%** por los suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los asegurados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que posean una derivación de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora por día, hasta un máximo de 36 sesiones de por vida (en algunos casos, hasta 72 sesiones de por vida) para servicios de rehabilitación pulmonar.	Copago de **$15** por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección y terapia para reducir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos inscritos en Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusen del alcohol pero no tengan una adicción. Si la evaluación para detectar la presencia de abuso de alcohol resulta positiva, puede obtener hasta 4 sesiones de terapia breves individuales por año (si es competente y está alerta durante la terapia) proporcionadas por un profesional o médico elegible de atención médica básica en un entorno de atención médica básica.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia y examen de detección para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, en inglés) Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, en inglés) cada 12 meses. **Los asegurados elegibles son los siguientes**: personas de entre 55 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 30 paquetes por año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito para una LDCT durante una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea prestada por un médico o un profesional calificado que no sea médico. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación de detección inicial con LDCT:* los asegurados deben recibir una orden por escrito para la evaluación de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional que no sea médico que cumpla con los requisitos. Si un médico o profesional calificado que no sea médico deciden proporcionar una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón para exámenes de detección de cáncer de pulmón subsiguientes con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoría y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, en inglés) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos los exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de STI cuando un proveedor de atención primaria los ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de terapia de conducta de alta intensidad, individuales, de 20 a 30 minutos, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de STI. Solo cubrimos estas sesiones de terapia como servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y si tienen lugar en un entorno de atención médica básica como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de STI y terapia para STI cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratamiento de enfermedades renales	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los asegurados a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal para toda la vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Capacitación de autodiálisis (incluye la capacitación para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de empleados capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en caso de emergencia, y para verificar sus suministros de agua y equipo de diálisis) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información sobre cobertura para los Medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección “medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	Coseguro del **20%** del costo total para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare. Los tratamientos de diálisis mientras es paciente hospitalizado se incluyen en el copago de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.

Atención en Centro de enfermería especializada (SNF (Para la definición de "atención en centros de enfermería especializada" consulte el Capítulo 12 de este manual. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF"). Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos que brindan en general los SNF • Análisis de laboratorio que brindan en general los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que brindan en general los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas, que brindan en general los SNF • Servicios del médico/profesional Por lo general, recibirá su atención en centros de enfermería especializada que forman parte de la red. No obstante, en ciertas condiciones, que se enumeran a continuación, puede pagar el costo compartido de los que forman parte de la red para un centro que no sea un proveedor que forma parte de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de atención médica especializada o comunidad de atención continua para personas mayores donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de centro de enfermería especializada)	Copago de **$20** por día para los días 1 a 20 por una estadía en un centro de enfermería especializada. Copago de **$150** por día para los días 21 a 34 por una estadía en un centro de enfermería especializada. Copago de **$0** por día para los días 35 a 100 por una estadía en un centro de enfermería especializada. No se requiere una estadía hospitalaria previa. Usted está cubierto durante 100 días para cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día en que visita un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes hospitalizados en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o a un SNF) luego de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Un SNF donde viva su cónyuge al momento en que usted abandona el hospital *Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.*	
Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de dejar de fumar mediante terapia dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro visitas individuales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan ser afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de terapia para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar mediante terapia dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro visitas individuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Ejercicio terapéutico supervisado (SET) El ejercicio terapéutico supervisado (SET, en inglés) está cubierto para los asegurados que tienen enfermedad de las arterias periféricas (PAD, en inglés) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. 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 estos requisitos: • Constar de sesiones que duren de 30 a 60 minutos y comprender un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y capacitado en el ejercicio terapéutico para la PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas **El SET puede tener cobertura si se superan las 36 sesiones en un período de más de 12 semanas; es decir, pueden cubrirse 36 sesiones más durante un período extendido si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias.**	Copago de **$15** por ejercicio terapéutico supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierto por Medicare.
Servicios de telemonitorización La telemonitorización incluye el control a distancia de pacientes, equipos para llevar un registro de los signos vitales en el hogar o atención médica para pacientes ambulatorios que le permite a los asegurados utilizar un dispositivo médico móvil para realizarse un examen de rutina y enviar los datos de este examen al profesional de atención médica en tiempo real. Los servicios de telemonitorización son ofrecidos a pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva y se hace un seguimiento diario de los servicios.	No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de telemonitorización cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de urgencia	
Se brindan servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas no de emergencia que requieran de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores que forman parte de la red o no cuando los proveedores que forman parte de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los servicios cubiertos incluyen servicios de urgencia recibidos en una clínica minorista sin cita previa o en un centro de atención médica de urgencia. Cobertura mundial para "servicios de urgencia" cuando se necesitan servicios médicos de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que usted no esperaba ni anticipaba, y no puede esperar a regresar al área de servicio de nuestro plan para ser atendido. El costo compartido de los servicios de urgencia prestados por proveedores que no forman parte de la red es el mismo que tendrían si fueran prestados por proveedores que forman parte de la red. Esta cobertura se encuentra disponible en todo el mundo. Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el sitio web https://member.teladoc.com/signin y registre su cuenta. También puede contactarse con el Servicio al Cliente o Teladoc directamente al 1-800-835-2362 para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc. **Dispatch Health es un proveedor de atención de urgencia a domicilio preferido de Senior Care Plus. Se puede contactar con Dispatch Health llamando al 775-419-2710 de 8 a. m. a 8 p. m todos los días.** Puede obtener más información sobre Dispatch Health en **www.dispatchhealth.com**	Copago de **$30** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un "centro preferido". Copago de **$65** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un centro "no preferido". Copago de **$65** por la cobertura mundial de los servicios de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Copago de **$0** por las visitas virtuales de atención médica de urgencia a través del proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc. Copago de **$30** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un "centro preferido".

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • 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 historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad en adelante e hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya inserción de lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Un (1) examen de la vista de rutina por año. Cantidad asignada que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto cada dos años.	**$20** por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista). Coseguro del **20%** del monto aprobado por Medicare por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular. **$25** por cada examen de la vista de rutina anual. Cantidad asignada de hasta **$150** cada dos años que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
“Visita preventiva “Bienvenido a Medicare El plan cubre una sola vez la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otro tipo de atención, en caso de ser necesario. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológicas o pruebas de diagnóstico no radiológicas, ni pruebas de diagnóstico. Se podría aplicar un costo compartido adicional a los análisis de laboratorio o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante su visita, tal como se describe para cada servicio por separado en este Cuadro de beneficios médicos. **Importante:** Nosotros cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en Medicare Parte B. Cuando pida su cita, comunique al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No hay coseguro, copago ni deducible para un ECG cubierto por Medicare por única vez si este se ordena como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, para otros ECG.
Terapia para lesiones Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura de 12 visitas por año calendario. Todas las terapias biológicas para la piel y la terapia de oxígeno hiperbárico para heridas requieren autorización previa para tener cobertura.	Copago de **$20** por cada visita de terapia para lesiones cubierta por Medicare.

Delta Dental administra el beneficio de servicios dentales preventivos en nombre de Senior Care Plus.

Delta Dental contrata dentistas habilitados que participan en otros planes dentales que ofrece Delta Dental. No todos estos dentistas acuerdan o son contratados por Delta Dental para ser un proveedor de Medicare en este plan. Por lo tanto, le recomendamos que verifique que el dentista que seleccione sea un proveedor de Medicare en este plan dental antes de cada cita. El dentista puede tener un contrato para otro plan de beneficios de Delta Dental, pero no necesariamente para este plan de beneficiarios de Medicare Advantage de Hometown Health.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

1. Servicios de diagnóstico: Procedimientos que ayudan al proveedor a determinar el tratamiento dental necesario.
2. Servicios preventivos: Limpiezas regulares.
3. Cuidados paliativos: Tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.

El plan pagará beneficios solo por los servicios cubiertos. El plan cubre varias categorías de servicios dentales cuando los preste un proveedor de Medicare de Delta Dental, sean necesarios y se encuentren dentro de los estándares de las prácticas dentales generalmente aceptadas. Las reclamaciones se procesarán de conformidad con las políticas de procesamiento estándar de Delta Dental. Las políticas de procesamiento pueden revisarse oportunamente; por lo tanto, Delta Dental utilizará las políticas de procesamiento vigentes al momento de procesar la reclamación. Delta Dental podrá utilizar dentistas (consultores dentales) para revisar los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico y/o los tratamientos indicados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y para determinar si el tratamiento tiene un pronóstico favorable. Se aplicarán limitaciones y exclusiones para el período durante el cual usted sea un asegurado del plan.

Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos constitutivos que se prestan al mismo tiempo que el procedimiento principal, se considera que los demás procedimientos constitutivos forman parte del procedimiento principal a los fines de determinar el beneficio a pagar en virtud del plan. Aunque el dentista facture por separado el procedimiento principal y cada uno de sus componentes, el beneficio total a pagar por todos los cargos relacionados estará limitado al beneficio máximo a pagar por el procedimiento principal.

Coseguro

El plan pagará un porcentaje de la cantidad asignada máxima del plan para servicios cubiertos, tal como se muestra en el cuadro de beneficios del Capítulo 4, y usted es responsable del pago del porcentaje restante de la cantidad asignada máxima del plan, además de cualquier costo compartido adicional. El porcentaje de la cantidad asignada máxima del plan que usted debe pagar se denomina coseguro (el “coseguro”). El coseguro forma parte de sus gastos de bolsillo. Usted debe pagarlo incluso después de haber alcanzado el deducible, si hubiera. Además del coseguro, y cualquier deducible restante, es posible que deba pagar cualquier suma que exceda su monto máximo y el costo de cualquier servicio no cubierto. Esto se denomina costo compartido.

El monto de su coseguro dependerá del tipo de servicio que reciba. Los proveedores de Medicare deben cobrar un coseguro por los servicios cubiertos. El coseguro es un método para compartir los costos por suministrar beneficios dentales. Si el proveedor de Medicare le descuenta, dispensa o reembolsa cualquier parte del coseguro, el plan tendrá la obligación de brindar como beneficio solo los porcentajes correspondientes de la cantidad asignada máxima del plan, menos el monto de las tarifas o cantidades asignadas que se descuenten, dispensen o reembolsen.

Monto máximo

La mayoría de los programas dentales tienen un monto máximo. El monto máximo (el "monto máximo") es el monto total en dólares que el plan pagará por costo de la atención dental. Usted es responsable de pagar los costos que excedan este monto. En el Adjunto A se muestra el monto máximo a pagar, si correspondiera. El monto máximo se puede aplicar anualmente, a cada servicio o de por vida.

Valor estimativo previo al tratamiento

No se requieren solicitudes del valor estimativo previo al tratamiento; sin embargo, su proveedor podría presentar un formulario de reclamación ante Delta Dental antes de iniciar un tratamiento, en el que se mostrarán los servicios que se le prestarán. Delta Dental calculará el monto de beneficios a pagar en virtud del plan para los servicios detallados. Al pedirle a su dentista un valor estimativo previo al tratamiento de Delta Dental antes de aceptar recibir cualquier tratamiento indicado, usted tendrá un valor estimativo por adelantado de lo que pagará el plan y la diferencia que usted tendrá que pagar. Los beneficios se procesarán según los términos del plan cuando efectivamente se realice el tratamiento. Los valores estimativos previos al tratamiento son válidos durante 365 días, a menos que se reciban otros servicios después de la fecha del valor estimativo previo al tratamiento, o hasta que ocurra el primero de los siguientes supuestos:

- la fecha en la que el plan termine;
- la fecha en la que se modifiquen los beneficios en virtud del plan si los servicios incluidos en el valor estimativo previo al tratamiento forman parte de la modificación;
- la fecha en la que termine su cobertura, o
- la fecha en la que finalice el acuerdo del proveedor con Delta Dental.

El valor estimativo previo al tratamiento no es garantía de pago. Es un cálculo del monto que el plan pagará si usted está inscrito y cumple con todos los requisitos del programa del plan al momento en que se finalice el tratamiento que tiene previsto. Podría no tener en cuenta los deducibles, de modo que recuerde incluir su deducible si fuese necesario.

SELECCIÓN DE SU PROVEEDOR

Recuerde que solo podrá recibir beneficios por servicios cubiertos prestados por un proveedor participante. Con el fin de recibir beneficios en virtud de este plan, la atención dental que reciba debe consistir en servicios cubiertos y estos deben ser prestados por un proveedor de Medicare de Delta Dental. El plan no paga beneficios por la atención dental que no constituyan servicios cubiertos, y para tener derecho a beneficios por servicios cubiertos, estos deben ser prestados por un proveedor de Medicare de Delta Dental, salvo que se presten ante una emergencia. Le recomendamos que verifique que el dentista sea un proveedor participante en este plan dental antes de cada cita. Revise la sección titulada "Cómo se pagan las reclamaciones" para ver una explicación de los procedimientos de pago, con el fin de entender el método de pago aplicable a la selección de su proveedor participante.

Cómo encontrar un proveedor de Medicare de Delta Dental

Existen dos maneras en las que puede encontrar un proveedor de Medicare cerca de usted:

- Puede acceder a la información a través del sitio web de Senior Care Plus; o
- También puede llamar de forma gratuita a Servicio al Cliente de Delta Dental al (855) 643-8513 y un representante lo ayudará. Delta Dental puede proporcionarle información sobre la especialidad y la dirección del consultorio de un proveedor de Medicare.

CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES

Pago por servicios: Medicare

El pago a un proveedor de Medicare se calcula en función de la cantidad asignada máxima del plan. La cantidad asignada máxima del plan para un proveedor de Medicare será el menor de los montos entre la tarifa presentada o la tarifa contratada del proveedor de Medicare. Los proveedores de Medicare acuerdan aceptar la cantidad asignada máxima del plan como pago total. La parte de la cantidad asignada máxima del plan que el plan debe pagar se limita al nivel de beneficios del plan que se muestra en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Usted solo será responsable de cualquier costo compartido que corresponda por el servicio cubierto. El pago del plan se envía directamente al proveedor de Medicare que presentó la reclamación. Delta Dental le informará sobre cualquier cargo que el plan no debe pagar y por el que usted sea responsable. Estos cargos de costo compartido representan, por lo general, su parte de la cantidad máxima asignada del plan (coseguro), así como los deducibles, los cargos cuando se haya superado el monto máximo, y/o los cargos por servicios no cubiertos.

Pago de servicios: proveedor que no es de Medicare

Salvo en caso de emergencia cuando no haya disponible un proveedor de Medicare para brindarle la atención que necesita, el plan no paga beneficios por servicios dentales (independientemente de si son servicios cubiertos) si los servicios son prestados por un proveedor que no es de Medicare. Usted será responsable exclusivo de la atención dental que le preste un proveedor que no sea de Medicare. Si el proveedor que usted seleccionó ha salido de Medicare, las reclamaciones no se pagarán

Delta Dental contrata dentistas habilitados que participan en otros planes dentales que ofrece Delta Dental. No todos estos dentistas acuerdan o son contratados por Delta Dental para ser un proveedor de Medicare en este plan. Por lo tanto, le recomendamos que verifique que el dentista que seleccione sea un proveedor de Medicare en este plan dental antes de cada cita. El dentista puede tener un contrato para otro plan de beneficios de Delta Dental, pero no necesariamente para este plan de beneficiarios de Medicare Advantage de Hometown Health.

Cómo presentar una reclamación

Delta Dental no requiere formularios de reclamación especiales. Sin embargo, la mayoría de los consultorios dentales tienen formularios de reclamación disponibles. Los proveedores de Medicare completarán y presentarán por usted la documentación de sus reclamaciones. Algunos proveedores ajenos a Medicare también podrían brindar este servicio, previa solicitud. Si recibe servicios de un proveedor ajeno a Medicare que no brinda este servicio, puede presentar su propia reclamación directamente ante nosotros. Consulte la sección titulada "Notificación de formulario de reclamación" para obtener más información.

Su consultorio dental debería poder ayudarlo a completar el formulario de reclamación. Complete todo el formulario de reclamación y envíelo a:

Delta Dental Insurance Company
P.O. Box 1809 Alpharetta, GA 30023

SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección le explicamos cuáles son los servicios que 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 que aparece a continuación muestra los servicios y artículos que no están cubiertos de ningún modo o están cubiertos únicamente en condiciones específicas.

Si usted necesita servicios que estén excluidos (no cubiertos), tendrá que pagarlos usted mismo. No pagaremos por los servicios médicos excluidos listados en el siguiente cuadro, excepto en las condiciones específicas listadas. La única excepción: nosotros pagaremos por un servicio que aparezca en el cuadro si este es declarado, según apelación, como un servicio médico que deberíamos haber cubierto o pagado debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este manual.)

Todas las exclusiones o limitaciones sobre servicios están descritas en el Cuadro de beneficios o en el cuadro a continuación.

Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios aún no se cubrirán y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Acupuntura.		✓ Cubierto para el dolor lumbar crónico
Cirugías o intervenciones estéticas y reconstructivas.		✓ Cubiertos en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.
*La atención de custodia es atención suministrada en un hogar de atención médica especializada, centro para pacientes con enfermedades terminales u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es la atención personal que no requiere atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Servicios de terapia u órdenes médicas a los que nuestro plan se opone por motivos morales o religiosos. En el caso de nuestro plan, no brindamos servicios de terapia o derivaciones relacionados con instrucciones anticipadas de suspender la alimentación/el tratamiento, etc.		✓ En la medida en que estos servicios estén cubiertos por Medicare, estarán cubiertos por el Plan Original Medicare.
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas sencillas.	✓	
Servicios en un centro de emergencias para afecciones de rutina no autorizadas que a una persona razonable no le parezca que se deben a una emergencia médica. (Consulte las secciones anteriores para obtener más información sobre cómo recibir atención para una emergencia médica).	✓	
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía electivas, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Procedimientos para revertir la esterilización, dispositivos de vacío para la erección o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales. Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que según nuestro plan y Original Medicare no son, por lo general, aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Equipo o suministros de aire acondicionado, almohadillas de calor, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado, medias de compresión y otros equipos principalmente no médicos.	✓	
Tarifas que cobran por la atención provista por sus familiares cercanos o miembros de su familia.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Servicios de alimentos a domicilio.	✓	
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas sencillas.	✓	
Vacunas para viajes al extranjero.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Atención dental no de rutina.		✓ Atención dental necesaria para tratar enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Características o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipos médicos duraderos, aparatos correctivos o prótesis que se proporcionen principalmente para la comodidad o conveniencia del asegurado, para la capacidad de caminar principalmente en la comunidad, que incluye, entre otros, el acondicionamiento o la modificación de la casa o el automóvil, y equipos para hacer ejercicio.	✓	
Calzado ortopédico.		✓ Si el calzado es parte de un aparato para la pierna y se incluye en el costo del aparato, o si el calzado es para una persona con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada como un teléfono o televisor.	✓	
Medicamentos con receta, incluso, entre otros, medicamentos compuestos.		✓ Estos medicamentos solo estarán cubiertos si están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Enfermeras particulares.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK, otros aparatos para la visión deficiente y lentes para cataratas a medida.	La queratotomía radial, la cirugía LASIK, otros aparatos para la visión deficiente y los lentes para cataratas a medida no tienen cobertura en virtud del plan	✓ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de cirugía de cataratas.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de la vista.		✓ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de cirugía de cataratas.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Pruebas de audición de rutina, audífonos o pruebas para ajustar audífonos.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Solicitudes de pago (pedirle al plan que pague su parte de los costos) por medicamentos cubiertos enviados después de 36 meses de haber surtido su receta.	✓	
Reemplazos para lentes, lentes de contacto o marcos rotos, extraviados o robados. Todo servicio adicional que se requiera además de los análisis de la vista básicos para lentes de contacto, excepto las tarifas por ajustes. Independientemente de la necesidad óptica, los beneficios no están disponibles con mayor frecuencia que la que se especifica en la solicitud maestra. Las asignaciones son beneficios que pueden utilizarse solo una vez; no hay saldo remanente. Los descuentos no se aplican a los beneficios proporcionados por otros planes de beneficios grupales.	✓	
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	✓	
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de la vista.		✓ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de cirugía de cataratas.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Atención de rutina de los pies.		✓ Cierta cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Pruebas de audición de rutina, audífonos o pruebas para ajustar audífonos.	✓	
Servicios prestados a veteranos en instalaciones de la Administración de Veteranos (VA).		✓ Cuando se reciban servicios de emergencia en un hospital de la Administración de Veteranos (VA, en inglés) y el costo compartido de la VA sea superior al costo compartido en nuestro plan, les reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los asegurados siguen siendo responsables de los montos de costos compartidos.
Servicios que recibe de proveedores que no forman parte del plan.		✓ Se encuentra cubierta la atención para una emergencia médica y atención de urgencia, los servicios de diálisis renal (de los riñones) que recibe cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, y la atención de proveedores que no forman parte del plan que está coordinada o aprobada por un proveedor del plan.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Los servicios que recibe sin autorización previa, cuando la autorización previa es necesaria para recibir ese servicio (este manual brinda una definición de autorización previa e indica qué servicios la requieren).	✓	Los servicios que recibe sin autorización previa, cuando la autorización previa es necesaria para recibir ese servicio (este manual brinda una definición de autorización previa e indica qué servicios la requieren).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare.	✓	
Desintoxicación y rehabilitación por abuso de sustancias.		✓ Podría tener cobertura mediante revisión del caso
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Aparatos de apoyo para los pies.		✓ Calzado terapéutico u ortopédico para personas con enfermedad de pie diabético.
Trasplantes, a menos que estén especialmente diseñados como un beneficio de Medicare, y servicios prestados a un donante de órganos. Los servicios de trasplante están sujetos a todas las políticas de cobertura de Original Medicare.		✓ Si un asegurado del plan recibe el órgano, el trasplante o servicio estarán cubiertos.

Limitaciones y exclusiones dentales

Delta Dental administra los beneficios de servicios dentales en nombre de Senior Care Plus. Si tiene preguntas sobre los beneficios de servicios dentales, llame a Delta Dental al 1-855-643-8513.

Limitaciones

El plan cubrirá solo dos (2) de los siguientes exámenes por año calendario:

- evaluación bucal periódica, o
- evaluación bucal limitada, o
- evaluación bucal integral, o
- evaluación bucal exhaustiva y detallada, o
- evaluación periodontal integral.

2. El plan cubrirá un máximo de dos limpiezas regulares por año calendario.
3. La serie intrabucal completa y la placa panorámica están limitadas a una vez cada 60 meses.
4. Las radiografías con aleta de mordida tienen un límite de dos veces por año calendario. Las radiografías con aleta de mordida de cualquier tipo no están permitidas en el plazo de 12 meses desde una serie bucal completa, a menos que estén garantizadas por circunstancias especiales.

Exclusiones

Delta Dental no paga beneficios por lo siguiente:

1. Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por indemnización del trabajador o las leyes de responsabilidad del empleador; servicios recibidos sin costo por parte de cualquier agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por ley.
2. Cirugía estética o procedimientos por razones puramente estéticas.
3. Prótesis maxilofaciales.
4. Restauraciones provisionales o temporales. Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos que deben pagarse por separado y se incluyen en la tarifa del servicio prestado.
5. Servicios por malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), incluidas, entre otros, la hendidura del paladar, las malformaciones en la mandíbula superior e inferior, la hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), la fluorosis (tipo de decoloración de los dientes) y la anodoncia (ausencia congénita de dientes).
6. Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura del diente perdida debido al desgaste, la erosión o la abrasión, o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de mordida debido a la falta de alineación de los dientes o la oclusión. Algunos ejemplos incluyen, entre otros: equilibrado, ferulización periodontal, ajustes oclusales completos o protectores para la noche o protectores oclusales, y abfracción.
7. Cualquier procedimiento único realizado antes de la fecha en que cumplió con los requisitos para los servicios en virtud de este plan.
8. Fármacos recetados, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales o de investigación.

9. Cargos por anestesia, que no sea la anestesia general y sedación IV, administrada por un proveedor en relación con la cirugía bucal cubierta o algunos procedimientos quirúrgicos radiculares y periodontales seleccionados. La anestesia local y regional, o la anestesia de bloqueo del nervio trigémino no son procedimientos que deben pagarse por separado.
10. Injertos extrabucales (injertos de tejidos que están fuera de la boca en tejidos bucales).
11. Implantes temporales e implante endoóseo radicular.
12. Incrustaciones o sobreincrustaciones de resina fabricadas indirectamente.
13. Cargos por parte de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento, y cualquier cargo adicional impuesto por el proveedor para el tratamiento en cualquiera de estos centros.
14. Tratamiento por parte de alguien que no sea un proveedor o una persona que, por ley, puede trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.
15. Cargos incurridos para la instrucción sobre higiene bucal, un programa de control de placas, los programas de control preventivo (incluidos las horas de atención domiciliaria, la instrucción sobre alimentación, los duplicados de radiografías, las pruebas de detección de cáncer, la asesoría para dejar de fumar).
16. Servicios administrativos de la práctica dental, incluidos, entre otros, la preparación de reclamaciones, cualquier fase de odontología que no esté relacionada con el tratamiento, como la provisión de un entorno desinfectado, la esterilización de equipos o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante el transcurso de rutina de la provisión de tratamientos, como hisopos, gaza, pecheros, máscaras o técnicas de relajación como música.
17. Procedimientos que tengan un diagnóstico cuestionable sobre la base de la revisión profesional de la documentación presentada por parte del asesor dental.
18. Cualquier impuesto gravado (o en que incurran) por el gobierno, el estado u otra entidad en relación con cualquier cargo impuesto por beneficios proporcionados en virtud del Contrato será responsabilidad del asegurado y no un beneficio cubierto.
19. Montos que superan los montos máximos del plan o cualquier servicio no cubierto por el plan dental.
20. Servicios cubiertos por el plan dental pero que superan las limitaciones de beneficios o no coinciden con las políticas de procesamiento vigentes al momento en que se procesa la reclamación.
21. Servicios de tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de los dientes o las mandíbulas)
22. Servicios por cualquier alteración en la articulación temporomandibular (TMJ, en inglés) o en la musculatura, los nervios y otros tejidos asociados.
23. Servicios para implantes (prótesis colocada dentro o sobre el hueso de la mandíbula superior o inferior para mantener o soportar prótesis dentales), su extracción u otros procedimientos asociados.
24. Servicios o suministros para cirugía bucal, anestesia general o sedación IV, selladores o consultas con especialistas.
25. Servicios o suministros para tratamientos de endodoncia (procedimientos para extraer el nervio del diente y el tratamiento de la parte de la cavidad pulpar de la raíz del diente).
26. Servicios o suministros para tratamientos periodontales (procedimientos para el tratamiento de las encías y los huesos que soportan los dientes).

27. Servicios o suministros para tratamientos de restauración (amalgama o los servicios de restauración de un compuesto de resina [empastes] y coronas prefabricadas para el tratamiento de lesiones por caries [destrucción visible de la estructura sólida de los dientes, que se produce como resultado del proceso de deterioro]).
28. Servicios o suministros para la reparación de dentaduras postizas (reparación de dentaduras postizas completas o parciales, incluidos los procedimientos de reperfilado y sustitución del revestimiento).
29. Servicios o suministros para coronas y sobreincrustaciones para el tratamiento de lesiones por caries (deterioro visible de la estructura sólida de los dientes) cuando los dientes no pueden restaurarse con amalgama o servicios de restauración de un compuesto de resina.
30. Servicios o suministros para prostodoncia (procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas, y reparación de puentes fijos; colocación y extracción de implantes quirúrgicos, y prótesis para el soporte de implantes, incluida la reparación y recementación de implantes).
31. Citas perdidas o canceladas.
32. Servicios o suministros para el óxido nitroso.

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 143

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D ... 143

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ... 143

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia que forma parte de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 144

Sección 2.1 Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, acuda a una farmacia que forma parte de la red ... 144

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias que forman parte de la red ... 145

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan ... 146

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? ... 147

Sección 2.5 ¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan? 148

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 148

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" nos dice cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 148

Sección 3.2 Existen seis (6) "niveles de costos compartidos" para los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos ... 150

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos? ... 150

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos ... 151

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 151

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones? ... 151

Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? ... 152

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría? ... 153

Sección 5.1 Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desea ... 153

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo? ... 154

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto? ... 156

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos? 157

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 157

Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia respecto de un medicamento que toma? 157

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos no están cubiertos por el plan? 160

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 160

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando surta un medicamento con receta 161

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de asegurado 161

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de asegurado consigo? 161

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 162

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía que está cubierta por el plan? 162

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es un residente en un centro de atención médica a largo plazo (LTC)? 162

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado? 163

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare? 164

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos 164

Sección 10.1 Programas para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos en forma segura 164

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para que los asegurados usen los medicamentos opioides de manera segura 165

Sección 10.3 Gestión de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos 166

¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Por ejemplo, el programa “Ayuda adicional” y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de Cobertura*** acerca de los costos de medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted. Le hemos enviado un anexo por separado, denominado “Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también denominado “Anexo para subsidio por ingresos bajos” o la “Cláusula adicional LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, comuníquese con el Servicio al Cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo indica qué es lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de la cobertura para medicamentos de la Parte D, el plan Senior Care Plus Essential (HMO) también cubre algunos medicamentos que se encuentran en los beneficios médicos del plan. A través de esta cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, por lo general, los medicamentos que le proporcionan durante las estadías cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluidos ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se le administren durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administren en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*) indica los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como también, los beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Original Medicare si está en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare no relacionados con una enfermedad terminal, y, por lo tanto, no estarán cubiertos bajo el beneficio de un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de un centro para pacientes con enfermedades terminales, consulte la sección del Capítulo 4 sobre centro para pacientes con enfermedades terminales (*Cuadro de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga*).

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

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otra persona que receta) quien escriba su receta médica.
- La persona que le receta tiene que aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para recetar medicamentos; de otro modo se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que llame o visite a las personas que le recetan debe preguntarles si cumplen con esta condición. Si no lo hacen, tenga en cuenta que le llevará tiempo a la persona que le receta presentar el papeleo necesario y que este sea procesado.
- Por lo general, tiene que acudir a una farmacia que forma parte de la red para surtir su medicamento con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos con receta en una farmacia que forma parte de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento tiene que estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan).*
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés), o respaldada por ciertos libros de consulta. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia que forma parte de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, acuda a una farmacia que forma parte de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si son surtidos en las farmacias que forman parte de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta surtidos en farmacias que no forman parte de la red).

Una farmacia que forma parte de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias que forman parte de la red

¿Cómo encontrar una farmacia que forma parte de la red en su área?

Para encontrar una farmacia que forme parte de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.SeniorCarePlus.com) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias que forman parte de la red. Si cambia de farmacia de la red y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede pedir que su proveedor vuelva a redactarle una receta médica o que le transfieran su receta médica a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia a la que había estado acudiendo deja la red?

Si la farmacia a la que había estado acudiendo deja la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para buscar otra farmacia que forme parte de la red y que se encuentre en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

En algunos casos, se deben surtir las recetas en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, los centros LTC (tales como un hogar de atención médica especializada) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro LTC, tenemos que asegurarnos de que usted pueda recibir regularmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC que, por lo general, son las farmacias que utilizan los centros LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que brindan un servicio al programa de salud para pueblos indígenas/tribales/urbanos del programa de salud para indígenas (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación del proveedor, o educación para su uso. (Nota: este supuesto solo ocurre en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

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

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos obtenidos a través de pedidos por correo postal son medicamentos que toma regularmente, para un problema de salud crónico o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted pida un suministro **de 90 a 100 días, según el nivel de costos compartidos.**

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo obtener sus medicamentos con receta por correo postal, puede recibir ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada) o utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la información y los números de teléfono de nuestro proveedor del servicio de pedido por correo. Si utiliza una farmacia con servicio de pedido por correo que no forma parte de la red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, una farmacia de pedido por correo se comunicará con usted en no más de 10 a 14 días. Si se retrasa su pedido por correo, comuníquese con Servicio al Cliente tan pronto como sea posible.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia reciba una receta médica de un proveedor de atención médica, esta se comunicará con usted para consultar si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Esto le brindará una oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la fórmula) y, de ser necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y lo envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles qué hacer con la receta médica nueva y para prevenir demoras en el envío.

Cómo volver a surtir los medicamentos con receta pedidos por correo. Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamento suficiente

o si su medicamento ha cambiado. Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia, al menos, 14 días antes de la fecha en que considere que se acabarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido sea enviado con la suficiente antelación.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de envío por correo, comuníquese directamente con la farmacia con servicio de pedido por correo.

De este modo, la farmacia puede contactarse con usted para confirmar el pedido antes del envío; asegúrese de que la farmacia sepa cuáles son las mejores formas de contactarlo. Además, puede comunicarse con Servicio al Cliente respecto de sus preferencias de comunicación, que también podemos informarles a las farmacias.

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

Cuando reciba un suministro de medicamentos a largo plazo es posible que disminuyan los costos compartidos. El plan ofrece dos maneras de recibir 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 un problema de salud crónico o de largo plazo). Puede pedir este suministro mediante un pedido por correo postal (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Algunas de estas farmacias minoristas pueden acordar aceptar un monto de costo compartido menor por un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Es posible que otras farmacias no acuerden aceptar el monto de costo compartido menor por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, será responsable de pagar la diferencia de precio. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
2. Para obtener ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted pida un suministro de 90 a 100 días, según el nivel de costos compartidos. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar los servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Es posible que su medicamento con receta no esté cubierto en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia que no forma parte de la red *solo* cuando usted no pueda acudir a una farmacia que forma parte de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias que forman parte de la red fuera de nuestra área de servicios, donde le pueden surtir sus medicamentos con receta como asegurado de nuestro plan. Si no puede acudir a una farmacia que forma parte de la red, a continuación, mencionamos las circunstancias en las cuales le cubriríamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia que no forma parte de la red:

- Si utiliza otras farmacias con las que tengamos contrato fuera de nuestra área de servicio
- Mientras está de viaje fuera de nuestra área de servicio y necesita un medicamento con receta de emergencia

En estos casos, **primero consulte a Servicio al Cliente** para ver si hay alguna farmacia que forma parte de la red cerca de usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia que no forma parte de la red y el costo de lo que cubriríamos en una farmacia que forma parte de la red.

¿Cómo pedir un reembolso del plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia que no forma parte de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte del costo compartido) en el momento en que surta su medicamento con receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitar al plan que le devuelva el dinero).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” nos dice cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.**

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

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son únicamente los cubiertos por la Parte D de Medicare (en este mismo capítulo, en la sección 1.1 se explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento constituya una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que cumple con *una*: de las siguientes condiciones:

- ser aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). (Es decir, la Federación de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o afección para los cuales se ha recetado).
- –O– respaldado por ciertas referencias, como la del American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre los Medicamentos del Servicio de Vademécum de los Hospitales Estadounidenses) y el DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX).

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, tiene la misma efectividad que el medicamento de marca y suele costar menos. Existen medicamentos genéricos disponibles que reemplazan a los medicamentos de marca.

Medicamentos de venta sin receta (FieldTex)

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan con la misma eficacia. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué es lo que *no* está incluido en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 Existen seis (6) "niveles de costos compartidos" para los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos

Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos del plan pertenece a alguno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deba pagar usted por el medicamento:

- El Nivel 1 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos no preferidos.
- El Nivel 3 de costos compartidos incluye los medicamentos de marca preferida.
- El Nivel 4 de costos compartidos incluye los medicamentos de marca no preferida.
- El Nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos especializados; es el nivel más alto.
- El Nivel 6 de costos compartidos incluye medicamentos de atención médica seleccionados; es el nivel de costos más bajo.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

*El monto que usted paga por medicamentos en cada nivel de costos compartidos aparece en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).*

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

Tiene (4) maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.SeniorCarePlus.com). La lista de medicamentos que aparece en el sitio web siempre está más actualizada.
3. Llame a 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 de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).
4. Solicite un vademécum llamando al Servicio al Cliente al 775-982-3112. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos 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 con receta, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos a un precio módico.

En general, las reglas tienen como fin que usted reciba un medicamento que funcione para su problema de salud, y que sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro, de bajo costo funcione médicamente al igual que otro que cuesta más, las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor usen la opción de menor costo. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare sobre la cobertura de los medicamentos y los costos compartidos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores tales como la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; comprimidos o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan usa distintos tipos de restricciones para ayudar a los asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones siguientes contienen más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

En general, un medicamento “genérico” funciona igual que el de marca, y por lo habitual, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando se encuentra disponible una versión genérica del medicamento de marca, nuestras farmacias que forman parte de la red le entregarán la**

versión genérica. Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará en su caso o ha escrito "No se admiten substituciones" en la receta médica para un medicamento de marca, o si nos ha informado el motivo médico por el que un medicamento genérico u otro medicamento cubierto que trata la misma afección no funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Probar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos que cuestan menos, pero que suelen tener la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan el mismo problema de salud, el plan puede requerir que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina **"terapia escalonada"**.

Límites que rigen la cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamentos que usted puede tener, al limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que le surten un medicamento con receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, nosotros podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a solo una pastilla por día.

Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describen más arriba. Para averiguar si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web (www.SeniorCarePlus.com).

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si existe una

restricción sobre el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicio al Cliente para saber lo que usted o su proveedor deberían hacer para recibir la cobertura del medicamento. Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría?

Sección 5.1 Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desea

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta que usted tome, o uno que usted y su proveedor consideren que usted debería tomar, que no aparezca en nuestra Lista de medicamentos o que aparezca, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto. O quizá está cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que usted desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales de la cobertura para dicho medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, es posible que primero deba probar un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O bien, quizá haya límites en la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etcétera) que se cubra durante un período específico. En algunos casos, quizá desee que realicemos una exención de la restricción en su caso.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en el nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis (6) niveles de costos compartidos. Lo que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento.

Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como 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 el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.

- Si su medicamento se encuentra en el nivel de costos compartidos que provoca que sus gastos sean más costosos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer al respecto.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Quizá pueda obtener un suministro provisional del medicamento (solo asegurados en ciertas situaciones pueden obtener un suministro provisional). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar por otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una exclusión y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Quizá pueda obtener un suministro provisional

En algunas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro provisional de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de algún modo. Al hacer esto, tendrá más tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir qué acciones tomar.

Para ser elegible para recibir un suministro provisional, debe reunir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio de la cobertura del medicamento tiene que ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que usted toma **ya no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan**.
- O bien, el medicamento que toma **ahora está restringido de algún modo** (consulte la Sección 4 de este capítulo para conocer las restricciones).

2. Tiene que encontrarse en una de las siguientes situaciones:

- **En el caso de los asegurados que son nuevos o que formaron parte del plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de ser asegurado del plan si es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era participante del plan el año anterior**. Este suministro provisional

será por un máximo de 30 días. Si la receta médica es por menos días, permitiremos varios surtidos para proveer un suministro máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta se debe surtir en una farmacia que forma parte de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proveer el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).

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

  Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento específico, o menos si la receta médica es para menos días. Esto es adicional a la situación de suministro provisional anterior.

- Si es un asegurado actualmente y los cambios en los niveles de atención le afectan, proporcionaremos un suministro provisional del medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos durante los primeros 90 días posteriores a los cambios en su nivel de atención o le proporcionaremos la oportunidad de solicitar una excepción de la Lista de medicamentos por adelantado el próximo año.

- Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y que se compran en una farmacia que forma parte de la red. La transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no sea un medicamento de la Parte D o un medicamento que no forma parte de la red, a menos que cumpla con los requisitos para el acceso que no forma parte de la red.

Para solicitar un suministro provisional, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Al obtener un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Puede cambiar por un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones siguientes contienen más información acerca de estas opciones.

Puede cambiarlo por otro medicamento

Primero, hable con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud. Esto puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione en su caso. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Puede pedir que hagan una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso, y que cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción de la regla. Por ejemplo, usted puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es un asegurado y el medicamento que usted toma se eliminará de la Lista de medicamentos o se restringirá de algún modo el año próximo, le permitiremos que solicite una excepción de la Lista de medicamentos por adelantado para el año próximo. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio sea efectivo.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límites que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, primero hable con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos menor que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud. Esto puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione en su caso. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Puede pedir que hagan una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan una excepción en el nivel de costo compartido para dicho medicamento, a fin de que usted pague menos por este. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción de la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límites que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Los medicamentos de nuestros niveles “de marca preferidos” y “especializados” de costos compartidos no son elegibles para este tipo de excepciones.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno 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 ocurre a principio de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede cambiar la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**. Están disponibles nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno otorgó su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O bien, podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Mover un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costos compartidos**.
- **Agregar o eliminar una restricción de la cobertura de un medicamento** (para obtener información adicional acerca de las restricciones de la cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia respecto de un medicamento que toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera regular para incluir todos los cambios que se produjeron después de la última actualización. A continuación, destacamos los momentos en los que recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que esté tomando en ese momento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

¿Los cambios de la cobertura de su medicamento lo afectan de inmediato?

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

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas)**
    - Podremos quitar un medicamento de marca inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica del mismo medicamento aprobada recientemente que esté en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y tenga las mismas restricciones o menos. Además, al momento de agregar el medicamento genérico nuevo, podremos decidir mantener al medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
    - Incluso si en la actualidad está tomando el medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio.
    - Usted o la persona que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]*).
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede dar para solicitar una excepción para la cobertura del medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas)**
    - Si un medicamento de marca que usted toma es reemplazado por un medicamento genérico, el plan tiene que notificarle el cambio con, al menos, 30 días de anticipación, o notificarle el cambio y darle un surtido de 30 días de su medicamento de marca en una farmacia que forme parte de la red.
    - Después de recibir notificación del cambio, debe colaborar con su proveedor para cambiarlo por el medicamento genérico o por un medicamento diferente que cubramos.
    - O bien, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el

Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]*).

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - Ocasionalmente, puede retirarse un medicamento de repente porque se determinó que es inseguro o se eliminó del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
  - La persona que le receta también sabrá sobre este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Es posible que hagamos otros cambios una vez comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos hacer cambios según los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con, al menos, 30 días de anticipación, o notificarle el cambio y darle un surtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia que forme parte de la red.
  - Después de recibir notificación del cambio, debe colaborar con su médico recetador para cambiarlo por un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento en su caso. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura).*

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman el medicamento actualmente: En el caso de los cambios en la Lista de medicamentos no descritos previamente, si actualmente toma el medicamento, los siguientes cambios no lo afectarán hasta el 1.º de enero del año próximo si permanece en el plan:

- Si movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos superior.
- Si agregamos una nueva restricción al uso que usted hace del medicamento.
- Si quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se produce para un medicamento que está tomando (pero no por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año próximo. Hasta esa fecha, es posible que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricción adicional alguna en su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, los cambios lo afectarán y es importante que

consulte la Lista de medicamentos del año de beneficios nuevo para ver los cambios en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos no están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa acerca de qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, tendrá que pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos que aparecen en esta sección. La única excepción: si, mediante una apelación, se establece que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido conforme a la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este manual).

A continuación, se enumeran tres reglas generales acerca de medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir una compra de medicamento fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Generalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no autorizado. “Uso no autorizado” hace referencia a cualquier uso del medicamento que no se indique en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).
    - Por lo general, la cobertura está autorizada para “uso para una indicación no autorizada” solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la del American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre los Medicamentos del Servicio de Vademécum de los Hospitales Estadounidenses) y el DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX). Si ninguna de estas referencias respalda el uso, , entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, conforme a la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos cuando se usan para fomentar la fertilidad.

- Medicamentos cuando se usan para aliviar la tos o los síntomas de resfrío.
- Medicamentos cuando se utilizan para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante desea requerir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta.

- El monto que paga cuando surte una receta médica para estos medicamentos no se contempla para ver si cumple con los requisitos para la Etapa de cobertura para casos catastróficos. (La Etapa de cobertura para casos catastróficos se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este manual).
- **Si usted recibe "Ayuda adicional" para el pago de sus medicamentos**, su programa Medicaid estatal puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando surta un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de asegurado

Para surtir su medicamento con receta, muestre su tarjeta de asegurado del plan en la farmacia que forma parte de la red de su elección. Cuando muestre su tarjeta de asegurado del plan, la farmacia que forma parte de la red enviará la factura automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

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

Si no lleva su tarjeta de asegurado consigo cuando surta el medicamento con receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire**. (Luego puede **solicitar que le reembolsemos** nuestra parte del costo compartido. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información acerca de 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 durante una estadía que está cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para recibir cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingresa, vive o abandona un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, usted podrá cambiar de plan o de cobertura. (En el Capítulo 10, *Finalización de su participación en el plan*, se explica cuándo podrá abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo (LTC), como los hogares de atención médica especializada, tienen su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención médica a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para comprobar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. De no ser así, o si necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfonos aparecen impresos en la contraportada de este manual).

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

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de algún modo, el plan cubrirá un **suministro provisional** de su medicamento durante los primeros 90 días de su inscripción. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos, si su receta médica es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede proveer el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie). Si ha sido asegurado del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta médica es por menos días.

Al obtener un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. O bien, usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso, y cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado?

¿Actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo.** Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilación. Esto significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la “cobertura válida”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilación debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es “válida” y las opciones que tiene de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “válida”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde estos avisos acerca de cobertura válida, porque es posible que los necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para certificar que usted ha mantenido una cobertura

válida. Si no recibió un aviso acerca de cobertura válida de parte de su empleador o plan grupal de jubilación, puede obtener una copia a través del administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilación, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca son cubiertos simultáneamente por el centro para pacientes con enfermedades terminales y nuestro plan. Si está inscrito en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare y requiere un medicamento para las náuseas, un laxante, un analgésico o ansiolítico que no está cubierto por su centro para pacientes con enfermedades terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan tiene que recibir notificación de la persona que receta o de su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debe cubrir, puede solicitar a la persona que receta o a su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir en una farmacia que surtan su medicamento con receta.

En caso de que revoque la elección de su centro para pacientes con enfermedades terminales o que le den el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare, debe llevar a la farmacia documentación para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las normas para recibir cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos en forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros asegurados con el fin de asegurarnos de que obtengan una atención adecuada y segura. Estas revisiones son importantes especialmente para los asegurados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que surte un medicamento con receta. Asimismo, revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores relacionados con los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otros medicamentos para tratar el mismo problema de salud.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si observamos un posible problema en cómo usa los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para que los asegurados usen los medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros asegurados usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que generalmente se abusa. Este programa se denomina Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que le suministran diversos médicos o varias farmacias, o si usted tuvo una sobredosis reciente de medicamentos opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de los medicamentos con receta de opioides o benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Podemos requerirle que obtenga todos los medicamentos opioides o con benzodiazepinas con receta de una o más farmacias determinadas
- Podemos requerirle que obtenga todos los medicamentos opioides o con benzodiazepinas con receta de uno o más médicos determinados
- Podemos limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubriremos

Si creemos que una o más de estas limitaciones debe aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta incluirá información que explique las limitaciones que creemos que deben aplicarse en su caso. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y comunicarnos cualquier otro tipo de información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión de que esté en riesgo de abusar del

medicamento con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que le receta tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el programa de manejo de medicamentos (DMP, en inglés) no se aplique a usted si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, o si está recibiendo atención médica para pacientes terminales, cuidados paliativos o atención al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Gestión de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asegurados con necesidades de atención médica complejas. Por ejemplo, algunos asegurados tienen varios problemas de salud, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen costos altos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los asegurados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio posible de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de gestión de terapias con medicamentos (MTM, en inglés).

Algunos asegurados que toman medicamentos para diferentes problemas de salud y que tienen altos costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los asegurados a usar sus medicamentos opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través del programa de gestión de terapias con medicamentos (MTM, en inglés). Un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta y de venta libre. Le daremos un resumen escrito de este diálogo. El resumen incluye un plan de acción para tomar los medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar mejor sus medicamentos, con espacio para que usted tome nota o anote las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y la razón por la cual los toma. Además, los asegurados que estén en el programa MTM recibirán información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Le recomendamos que haga que revisen sus medicamentos antes de su visita de “bienestar” anual, para poder hablar con su médico acerca del plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médicos. Asimismo, tenga a mano su

lista de medicamentos (por ejemplo, con su tarjeta de asegurado) en caso de que tenga que ir al hospital o a la sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6

Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción ... 171

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos ... 171

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos . 172

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de cobertura para medicamentos" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento ... 172

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de cobertura para medicamentos para los asegurados del plan Senior Care Plus Essential (HMO)? ... 172

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de cobertura se encuentra ... 174

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado "Explicación de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") ... 174

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos ... 175

SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Senior Care Plus Essential (HMO) ... 176

Sección 4.1 No paga deducible por sus medicamentos de la Parte D ... 176

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte ... 176

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento con receta depende del medicamento y dónde lo surte ... 176

Sección 5.2 Tabla que le muestra sus costos por un suministro de un *mes* de un medicamento ... 177

Sección 5.3 Si su médico receta un suministro de menos de un mes, es posible que no deba pagar el costo del suministro de un mes completo ... 179

Sección 5.4. Tabla que le muestra sus costos por un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento ... 180

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que su costo total de medicamentos para el año alcance $4,430 ... 182

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de lapso en la cobertura, usted obtiene un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de medicamentos genéricos 182

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de lapso en la cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen el monto de $6,550 182

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta 183

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos 185

Sección 7.1 Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 185

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 186

Sección 8.1 Ahorros Senior de la Parte D 186

SECCIÓN 9 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibió 186

Sección 9.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura por separado para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna 186

Sección 9.2 Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna 188

¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Por ejemplo, el programa "Ayuda adicional" y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de Cobertura*** acerca de los costos de medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted. Le hemos enviado un anexo por separado, denominado "Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también denominado "Anexo para subsidio por ingresos bajos" o la "Cláusula adicional LIS"), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, comuníquese con el Servicio al Cliente y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y, conforme a la ley, otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre el pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los datos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se enumeran materiales que explican estos datos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan.** Para simplificar las cosas, la denominamos "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos le informa qué medicamentos están cubiertos en su caso.
  - Asimismo, le informa en cuál de los seis (6) "niveles de costos compartidos" se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura.

  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com. La lista de medicamentos que aparece en el sitio web siempre está más actualizada.

- **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 suministra detalles acerca de su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también informa acerca de qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- ***Directorio de proveedores y farmacias del plan.*** En la mayoría de las situaciones tiene que acudir a una farmacia que forma parte de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de farmacias que forman parte de la red del plan. También le informa acerca de qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Para entender la información sobre el pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”, y existen tres maneras en las cuales podemos solicitarle que pague.

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento con receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento con receta.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de cobertura para medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de cobertura para medicamentos para los asegurados del plan Senior Care Plus Essential (HMO)?

Según lo que se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de cobertura para medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta conforme al plan Senior Care Plus Essential (HMO). Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento en que surte un medicamento con receta o vuelve a surtirlo.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de lapso en la cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura para casos catastróficos*
Debido a que no hay un deducible para el plan, esta etapa de cobertura no se aplica en su caso.	Usted comienza en esta etapa cuando surte su primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte de dicho costo.** Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos totales de medicamentos"** (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) hasta la fecha alcancen un total de **$4,430**. (Encontrará información detallada en la Sección 5 de este capítulo).	Para los medicamentos de atención médica seleccionados (Nivel 6), usted paga $0 o el 25% de los costos, el que sea menor. Para los medicamentos de marca, usted paga el 25% del precio (más una parte de la tarifa de despacho). Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos de bolsillo"** (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de $**7,050**. Este monto y las reglas para contar costos dentro de dicho monto han sido establecidos por Medicare. (Encontrará información detallada en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Encontrará información detallada en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado "Explicación de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha realizado cuando surte sus medicamentos con receta o vuelve a surtirlos en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando pase de una etapa de cobertura para medicamentos a la próxima. En particular, hay dos tipos de costos que seguimos:

- Hacemos un seguimiento de lo que ha pagado. Esto se denomina su gasto "**de bolsillo**".
- Hacemos un seguimiento de sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces denominada "EOB de la Parte D") cuando haya surtido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, como, por ejemplo, aumentos de precio y otros fármacos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con el médico que emite la receta acerca de estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes**. Este informe suministra los detalles de pago de los medicamentos con receta que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero 1.** Esto se denomina información "hasta la fecha". Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde la primera vez que lo surtió para cada reclamación de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Alternativas disponibles de medicamentos con receta de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos disponibles para cada reclamación de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

- **Muestre su tarjeta de asegurado cuando surta un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que surta y lo que pague, muestre su tarjeta de asegurado cada vez que surta un medicamento con receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En ocasiones, usted pagará por los medicamentos con receta si nosotros no obtenemos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede suministrarnos copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para ver instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este manual). A continuación, se enumeran algunos tipos de situaciones en las que quizá desee suministrarnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia que forma parte de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando hace un copago por medicamentos que se proveen en virtud de un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.
    - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no forman parte de la red o en otras oportunidades en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hayan hecho en su nombre.** Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también cuentan dentro de sus gastos de bolsillo y ayudan a que cumpla con los requisitos para la cobertura para casos catastróficos. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP, en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una “EOB de la parte D”) por correo postal, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfonos aparecen impresos en la contraportada de este manual). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Senior Care Plus Essential (HMO)

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

No hay deducible para el plan Senior Care Plus Essential (HMO). Usted comienza en esta etapa de cobertura inicial cuando surte su primer medicamento con receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento con receta depende del medicamento y dónde lo surte

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento con receta y dónde lo surta.

El plan cuenta con seis (6) niveles de costos compartidos

Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos del plan pertenece a alguno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que usted deba pagar por el medicamento:

- El Nivel 1 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos no preferidos.
- El Nivel 3 de costos compartidos incluye los medicamentos de marca preferida.
- El Nivel 4 de costos compartidos incluye los medicamentos de marca no preferida.
- El Nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos especializados; es el nivel más alto.
- El Nivel 6 de costos compartidos incluye medicamentos de atención médica seleccionados; es el nivel de costos más bajo.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted obtiene el medicamento en uno de los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista que forma parte de la red del plan.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias del plan.*

Por lo general, cubriremos sus medicamentos con receta *solo* si son surtidos en las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias que forman parte de nuestra red también ofrecen costos compartidos preferidos. Puede ir a farmacias que forman parte de la red y ofrecen costos compartidos preferidos o a otras farmacias que forman parte la red y ofrecen costos compartidos estándar para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.

Sección 5.2 Tabla que le muestra sus costos por 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 un medicamento con receta.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará dicho precio menor por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos con recetas surtidos en farmacias que no forman parte de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias que no forman parte de la red.

Su parte del costo al obtener un suministro de *un mes* de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (que forma parte de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro de hasta 90–100 días) para medicamentos de mantenimiento de los niveles 1, 2, 3, 4 y 6.	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC** (un suministro de hasta 31 días)
Costo compartido del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $11	Copago de $5	Copago de $10	Copago de $11
Costo compartido del Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de $20	Copago de $12	Copago de $24	Copago de $20
Costo compartido del Nivel 2 (insulinas seleccionadas)	Copago de $20	Copago de $12	Copago de $24	Copago de $20
Costo compartido del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	Copago de $47	Copago de $41	Copago de $82	Copago de $47
Costo compartido del Nivel 3 (insulinas seleccionadas)	Copago de $35	Copago de $35	Copago de $87.50	Copago de $35

	Costo compartido minorista estándar (que forma parte de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro de hasta 90–100 días) para medicamentos de mantenimiento de los niveles 1, 2, 3, 4 y 6.	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC** (un suministro de hasta 31 días)
Costo compartido del Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	Copago de $100	Copago de $94	Copago de $188	Copago de $100
Costo compartido del Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
Costo compartido del Nivel 6 (medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de $8.50	Copago de $2.50	Copago de $0	Copago de $8.50

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

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de menos de un mes de los medicamentos. En ocasiones, quizá usted desee preguntar al médico que recete un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez y se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico receta un suministro de menos de un mes, usted no deberá pagar el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

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

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si el medicamento con receta es para un suministro de un mes completo o menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si usted obtiene un suministro de menos de un mes completo, el monto que paga será menor.
- Si 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 usted paga por día por el medicamento (la "tasa diaria de costo compartido") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
    - Por ejemplo: supongamos que el copago por su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $30. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, que da como resultado un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento sea efectivo para usted antes de tener que pagar el suministro de un mes completo. Asimismo, puede pedir a su médico que le recete, y al farmacéutico que le surta, un suministro de menos de un mes completo de un medicamento si esto lo ayudara a planear de mejor manera las fechas en las que deberá volver a surtir diferentes medicamentos con receta, de modo de tener que hacer menos viajes a la farmacia. El monto que usted paga dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4. Tabla que le muestra sus costos por un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento

Para determinados medicamentos, se puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") al surtir los medicamentos con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo para un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

En la siguiente tabla, se muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo de 90 días de un medicamento.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará dicho precio menor por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

Su parte del costo al obtener un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (que forma parte de la red)** (suministro de 90–100 días para medicamentos de mantenimiento)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro de 90–100 días para medicamentos de mantenimiento)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro de 90–100 días para medicamentos de mantenimiento)
Costo compartido del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $27.5	Copago de $12.50	Copago de $10
Costo compartido del Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de $50	Copago de $30	Copago de $24
Costo compartido del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	Copago de $117.50	Copago de $102.50	Copago de $82
Costo compartido del Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	Copago de $250	Copago de $235	Copago de $188
Costo compartido del Nivel 5 (medicamentos especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	No hay disponible un suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	No hay disponible un suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5
Costo compartido del Nivel 6 (medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de $21,25	Copago de $6.25	Copago de $0

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que su costo total de medicamentos para el año alcance $4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que haya surtido y vuelto a surtir alcance el límite de **$4,430 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de los medicamentos resulta de la suma de lo que usted ha pagado y de lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted haya pagado** respecto de todos los medicamentos cubiertos que haya recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
  - El total que haya pagado en concepto de su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan haya pagado** en concepto de la parte del costo que le corresponda pagar por los medicamentos que se le brinden a usted durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante 2022, el monto que el plan haya pagado durante la Etapa de cobertura inicial también se cuenta para sus costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a realizar un seguimiento respecto de la cantidad que usted y el plan, así como cualquier tercero, hayan pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de $4,430. Si efectivamente alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la *Etapa de lapso en la cobertura*.

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

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de lapso en la cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen el monto de $6,550

Cuando se encuentra en la Etapa de lapso en la cobertura, el Programa de descuentos durante el lapso en la Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes sobre los medicamentos de marca. Usted debe pagar el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el descuento del fabricante se cuentan para sus gastos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y le permiten avanzar a lo largo del lapso en la cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para medicamentos genéricos. Paga, como máximo, el 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75%) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso en la cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y, como máximo, el 25% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcanzan un monto máximo establecido por Medicare. En 2022, el monto es de $7,050.

Medicare tiene normas respecto de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de $7,050, abandonará la Etapa de lapso en la cobertura y pasará a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta

A continuación, se indican las normas de Medicare que debemos seguir cuando realizamos un registro de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, **<u>puede incluir</u>** los pagos indicados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos cubiertos por la Parte D y usted siga las normas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de cobertura para medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de lapso en la cobertura
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como asegurado de un plan de medicamentos con receta de Medicare antes de haberse inscrito en nuestro plan.

Efectivamente importa quién paga:

- Si **usted** realiza estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia de medicamentos para el sida *[los planes que no tienen un SPAP en el estado deben borrar el próximo componente]* o por un programa estatal de asistencia farmacéutica que esté acreditado por Medicare, o por el Servicio de Salud para Indígenas. También están incluidos los pagos realizados por el Programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

- También están incluidos algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuentos durante el lapso en la cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pase a la Etapa de cobertura para casos catastróficos:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de $7,050 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de lapso en la cobertura a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, no puede incluir ninguno de los siguientes tipos de pagos para los medicamentos con receta:

- El monto que tiene que pagar por su prima mensual del plan.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtenga en una farmacia que no forma parte de la red y que no cumplan con los requisitos del plan respecto de la cobertura que no forma parte de la red.
- Los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Los medicamentos que no están incluidos en la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluya de la cobertura.
- Los pagos que haga por los medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero no cubiertos normalmente por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza respecto de los medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan respecto de sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted se encontraba en la Etapa del lapso en la cobertura.

- Los pagos realizados por los planes médicos grupales, incluidos los planes médicos ofrecidos por el empleador, respecto de sus medicamentos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos con receta (por ejemplo, el seguro de indemnización de trabajadores).

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo respecto de los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para informarnos al respecto (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

¿Cómo puede realizar el seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se brinda información sobre este informe). Cuando alcance un total de $7,050 en gastos de bolsillo dentro del año, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de lapso en la cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos**. La Sección 3.2 le brinda información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted cumple con los requisitos para ingresar a la Etapa de cobertura para casos catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $*7,050* para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa de cobertura hasta el final del año calendario.

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

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que resulte *mayor* entre los siguientes:
    - –*O* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
    - –*O*– $3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y $9.85 para el resto de los medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Ahorros Senior de la Parte D

Este plan ofrece el copago estándar máximo de $35 por un suministro de 30 días, para las formulaciones en vial y pluma, para al menos uno de cada uno de los siguientes tipos de insulina en la Etapa de deducible, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de lapso en la cobertura.

- Insulina de acción rápida
- Insulina de acción corta
- Insulina de acción intermedia
- Insulina de acción prolongada

SECCIÓN 9 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibió

Sección 9.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura por separado para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para diversas 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 que se encuentra en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **los medicamentos de las vacunas en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **administración de la vacuna**. (Esto a veces se denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué debe pagar por una vacuna cubierta por la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna cubierta por la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el *cuadro de beneficios médicos* (qué está cubierto y qué debe pagar), que se encuentra en el Capítulo 4.
   - Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan.
2. **Dónde se le aplica el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando le administran la vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de la administración de la vacuna. Puede solicitarle al plan que le reembolse su parte del costo.
- A veces, cuando le administran el medicamento de la vacuna o la vacuna, deberá pagar solo su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación, encontrará tres maneras comunes de cómo podría recibir una vacuna cubierta por la Parte D.

Situación 1: Compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia que forma parte de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago para la vacuna y el costo por la aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto del costo.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.

- Cuando le administran la vacuna, deberá pagar todo el costo de la vacuna y de la administración.
- *Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo; para ello, deberá utilizar los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*)*.

- Se le reembolsará el monto que haya pagado menos su coseguro o copago normal para la vacuna (incluida la aplicación) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que solemos pagar. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y, luego, la lleva al consultorio médico donde se la administran.

- Deberá pagar a la farmacia el monto de su coseguro para la vacuna.
- Cuando el médico le administre la vacuna, deberá pagar el costo total del servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará el monto que el médico le haya cobrado por aplicarle la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que solemos pagar. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna

Las normas de la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que llame primero a Servicio al Cliente cuando quiera administrarse una vacuna. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

- Podemos brindarle información acerca de cómo nuestro plan cubre sus vacunas y explicarle su parte del costo.
- Podemos brindarle información acerca de cómo mantener bajo su propio costo acudiendo a los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede acudir a un proveedor y una farmacia que forma parte de la red, podemos brindarle información sobre qué debe hacer para que nosotros le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos 191

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 191

SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido..... 193

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago 193

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa 194

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento y el monto que le adeudamos 194

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad ni parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación..... 195

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias 195

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo de sus medicamentos .. 195

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, es posible que advierta que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse el pago (reintegrar el pago suele llamarse “reembolso”). Es su derecho obtener un reembolso por parte del plan siempre que haya pagado una suma superior a su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan.

En otras oportunidades, es posible que un proveedor le facture el costo total de la atención médica recibida. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si corresponde cubrir los servicios. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, indicamos algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le realice un reembolso o que pague una factura que haya recibido:

1. **Cuando haya recibido atención médica de urgencia o de emergencia por parte de un proveedor que no forma parte de nuestra red del plan**

   Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que forme o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solamente es responsable de pagar su parte del costo, no todo el costo. Debe solicitar al proveedor que le facture al plan la parte del costo de este.

   - Si paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
   - Cuando reciba una factura por parte de un proveedor en la que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
     - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor que forma parte de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los proveedores que forman parte de la red siempre deben facturar directamente al plan y solicitarle a usted su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Solo debe pagar sus costos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos adicionales, denominados “facturación de saldos adicionales” del costo de un servicio. Esta protección (nunca pagará más que el costo compartido) rige incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos adicionales”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor que forma parte de la red con un monto que usted considere que supera al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor que forma parte de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya hecho y solicítenos que le paguemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda en virtud del plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan se hace en forma retroactiva. (En forma retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Es posible que la fecha de la inscripción haya tenido lugar, incluso, el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios y medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar cierta documentación para que gestionemos el reembolso.

Llame a Servicio al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

4. Cuando acude a una farmacia que no forma parte de la red para surtir un medicamento con receta

Si acude a una farmacia que no forma parte de la red e intenta usar su tarjeta de asegurado para surtir un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente la reclamación. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su medicamento con receta. (Cubrimos medicamentos con recetas surtidos en farmacias que no forman parte de la red solo en pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más detalles).

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene su tarjeta de asegurado con usted

Si no tiene la tarjeta de asegurado con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Es posible que por alguna razón el medicamento no esté cubierto, por lo que usted pagará el costo completo de la receta.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan, o bien, podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o que no pensaba que se aplicaba a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico, a fin de reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos indicados anteriormente son tipos de decisiones en materia de cobertura. Esto significa que, si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]*) contiene información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con la factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Puede ser una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para que los conserve como constancia.

Para garantizar que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.SeniorCarePlus.com) o comuníquese con el Servicio al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Envíenos su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo pago a la siguiente dirección:

Senior Care Plus
10315 Professional Circle
Reno, NV 89521

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Si no sabe qué debe pagar o recibe facturas y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento y el monto que le adeudamos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si no ha pagado el servicio o el medicamento aún, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo postal. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no están cubiertos* o usted *no* siguió todas las normas, no le pagaremos nuestra parte del costo. En lugar de ello, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad ni parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener más información sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]).* El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, puede resultarle útil leer el Capítulo 9, Sección 4. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el proceso de las decisiones y apelaciones en materia de cobertura y se brinda definiciones de términos, como “apelación”. Después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección en el Capítulo 9 que brinda información sobre qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para que le devuelvan dinero por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para que le reembolsen el importe de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo de sus medicamentos

Existen algunas situaciones en las que nos debe informar sobre los pagos que realizó de sus medicamentos. En estos casos, usted no nos solicita el pago. Por el contrario, nos cuenta acerca de los pagos para que podamos calcular correctamente los gastos de bolsillo. Es posible que esto lo ayude a cumplir más rápido con los requisitos para acceder a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

A continuación, presentamos dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos acerca de los pagos que realizó por sus medicamentos:

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

A veces, cuando se encuentra en la Etapa de lapso en la cobertura, puede comprar un medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior al nuestro.

- Por ejemplo, es posible que una farmacia ofrezca un precio especial por un medicamento. O bien, es posible que tenga una tarjeta de descuento que no forme parte de nuestro beneficio y que ofrezca un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe acudir a una farmacia que forme parte de la red en estas situaciones y el medicamento debe estar en la lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo para ver si es elegible para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se encuentra en la Etapa de lapso en la cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los gastos de estos medicamentos. Pero si envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos más rápidamente para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

2. Cuando obtiene un medicamento por medio del programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante del medicamento

Algunos asegurados están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante del medicamento que no pertenece a los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento por medio de un programa que ofrece una compañía farmacéutica, es posible que realice un copago al programa de ayuda al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo para ver si es elegible para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Debido a que obtiene su medicamento por medio del programa de ayuda al paciente y no por medio de los beneficios del plan, no pagaremos la parte de los costos de estos medicamentos. Pero si envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos más rápidamente para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Puesto que no solicita el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como asegurado del plan 199

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas que no sean inglés, en Braille, impresa en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.) 199

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 199

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 200

Sección 1.4 Estamos obligados a proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos 201

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención 202

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones 205

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados? 205

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos 206

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan 206

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 206

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como asegurado del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas que no sean inglés, en Braille, impresa en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Debemos proporcionar la información de una manera que funciona para usted (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en impresión grande u otros formatos, etc.).

Para obtener información de una manera que funciona para usted, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para responder preguntas de asegurados discapacitados y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si es necesario. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que funciona para usted, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, presente una queja formal por teléfono a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o en este envío. También puede comunicarse con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como asegurado de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que proporcione y organice sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más al respecto). Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). También tiene derecho a consultar un especialista de la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como asegurado del plan, tiene derecho a obtener consultas y servicios cubiertos de la red del plan de los proveedores *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de los especialistas cuando necesita tal atención. También tiene derecho a poder surtir o volver a surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este manual encontrará información al respecto. (Si le denegamos cobertura para atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 encontrará información al respecto).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su "información médica personal" incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan además de su historial clínico y otra información médica y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan el derecho a obtener información y a controlar cómo se usa su información médica. Le brindamos una notificación por escrito, llamada "Aviso de Prácticas de Privacidad", que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a, ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos cualquier información médica suya a alguna persona que no le proporciona atención ni paga por su atención, *estamos obligados a obtener en primer lugar un permiso suyo por escrito*. El permiso por escrito lo puede otorgar usted o alguna persona a la que le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones que no nos requieren obtener en primer lugar un permiso por escrito suyo. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
    - Por ejemplo, nos obligan a difundir información médica a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de la atención.
    - Puesto que es un asegurado de nuestro plan por medio de Medicare, nos obligan a darle a Medicare información médica que incluye información acerca de los medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare difunde su información para investigaciones u otros usos, esto se llevará a cabo según los estatutos y regulaciones federales.

Puede tener acceso a la información de su historial clínico y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan, y de obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos

solicita hacer eso, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con las demás personas por algún motivo que no sea el de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contratapa de este manual).

Sección 1.4 Estamos obligados a proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como asegurado del plan Senior Care Plus Essential (HMO), tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información. (Tal como se explicó en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información por parte de nosotros de alguna forma que le sea conveniente. Esto incluye obtener información en otros idiomas aparte del inglés y en letra grande o en otro formato alternativo).

Si desea obtener algún tipo de información de la que aparece a continuación, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfonos aparecen impresos en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los asegurados y las calificaciones Star Ratings del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los asegurados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores que forman parte de nuestra red, incluidas las farmacias que forman parte de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información por parte de nosotros acerca de las certificaciones de los proveedores y las farmacias que participan en nuestra red y sobre la forma en que les pagamos a dichos proveedores.
  - Para ver la lista de proveedores y farmacias que forman parte de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias.*
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, se explica cuáles son los servicios médicos que tiene cubiertos, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir dichos servicios médicos.

- Para conocer los detalles de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan. En estos capítulos y en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*, encontrará información sobre los medicamentos cubiertos y las explicaciones de las reglas que debe seguir, y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
- Si tiene dudas acerca de las reglas y restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfonos aparecen impresos en la contraportada de este manual).

- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida de algún modo, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si ya recibió el servicio médico o el medicamento con un proveedor o una farmacia que no formen parte de la red.
  - Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de la atención médica o los medicamentos de la Parte D que estén cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos dicha decisión. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión por medio de una apelación. Para conocer los detalles acerca de lo que debe hacer si algo no está cubierto de la forma en que cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este manual. Allí encontrará los detalles acerca de la forma en que debe presentar la apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también encontrará información acerca de cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera u otras inquietudes).
  - Si desea solicitar al plan que pague por su parte de los costos de una factura que haya recibido por atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones acerca de su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información por parte de su médico y otros proveedores de atención médica cuando acuda a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su problema de salud y sus opciones de tratamiento *de forma que sea fácil de entender para usted*.

También tiene derecho a participar en su totalidad en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca del mejor tratamiento para usted, entre sus derechos se incluyen los siguientes:

- **Conocer todos los detalles sobre sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su problema de salud, sin importar lo que cuesten o si están cubiertos o no por su plan. También incluye que le informen acerca de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos y tomarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto que, si se niega a recibir el tratamiento o a tomar los medicamentos, usted será responsable por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.
- **A recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación por parte de nosotros si algún proveedor le ha negado atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se llegase a encontrar en esa situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que alguna vez no pueda ser capaz de tomar las decisiones usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman "**instrucciones anticipadas**". Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para cada una de ellas. Los documentos llamados "**testamentos en vida**" y "**poderes para decisiones de atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar instrucciones, deberá hacer lo siguiente:

- **Conseguir el formulario.** Si desea redactar una instrucción anticipada, podrá obtener el formulario de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios para instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- **Completar el formulario y firmarlo.** Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que consiga un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos que les entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el documento para que tome las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted. También le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Asegurarse de tener una copia en casa.

Si tiene una hospitalización programada y tiene una instrucción anticipada firmada, **llévese una copia al hospital**.

- Si lo internan, en el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de instrucción anticipada firmado y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado ninguna instrucción anticipada, en el hospital podrán proporcionarle los formularios y le preguntarán si desea firmar alguno.

Recuerde, es usted quien decide si desea completar una instrucción anticipada (es más, será usted quien decida si desea firmar alguna cuando se encuentre en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones, puede presentar una queja ante la Junta de Examinadores Médicos o la Junta de Medicina Osteopática del Estado de Nevada para médicos y osteópatas, respectivamente.

Junta de Examinadores Médicos 1105 Terminal Way, Suite 301 Reno, Nevada 89502 775-688-2559 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. De lunes a viernes	**Junta de Medicina Osteopática del Estado de Nevada** 2275 Corporate Circle, Suite 210 Henderson, NV 89074 877-325-7828 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. De lunes a viernes

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones

Si tiene algún problema o inquietud acerca de la atención o los servicios cubiertos por el plan, en el Capítulo 9 de este manual podrá encontrar instrucciones sobre lo que puede que hacer. Allí encontrará los detalles sobre cómo encargarse de cualquier tipo de problema y queja. Lo que deberá hacer cuando se presente un problema o una inquietud dependerá de la situación en la que se encuentre. Es posible que deba pedir que su plan tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o realizar una queja. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros asegurados hayan presentado a nuestro plan en el pasado. Para obtener información, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados?

Si es un tema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, género, estado de salud, etnia, 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, en caso de ser usuario de TTY, al 1-800-537-7697; o bien, llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es sobre algún otro tema?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y* que *no* es un tema de discriminación, usted podrá obtener ayuda para tratar el problema:

- También puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- **--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 acerca de sus derechos

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- También puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al SHIP**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones con 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 asegurado del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como asegurado del plan. Si tiene dudas, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfonos aparecen impresos en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos por el plan y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use este manual de *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto por el plan y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 encontrará los detalles sobre sus servicios médicos, incluidos los que están cubiertos, los que no lo están, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - En los Capítulos 5 y 6 encontrará los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos con receta que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** Llame a Servicio al Cliente para informarnos al respecto (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
  - Nosotros estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura combinada cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Este proceso se llama "**coordinación de beneficios**" porque involucra la coordinación de los beneficios médicos y de

medicamentos que le brindamos con cualquier otro beneficio similar que tenga disponible. Nosotros lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de asegurado cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su tratamiento.**
  - Para que sus médicos y otros proveedores de atención médica puedan brindarle la mejor atención, infórmese todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcione la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con su médico.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle todo de una forma que sea fácil de entender. Si hace alguna consulta y no entiende la respuesta, consulte de nuevo.
- **Sea considerado.** Contamos con que todos nuestros asegurados respeten los derechos de los demás pacientes. También contamos con que actúe de forma que colabore con el funcionamiento sin problemas del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como asegurado del plan, es su responsabilidad realizar los pagos por los siguientes servicios:
  - Tiene que pagar las primas de su plan para continuar asegurado.
  - Para ser elegible para nuestro plan, tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos de los asegurados del plan deben pagar una prima por la Parte A y la mayoría de ellos deben pagar una prima por la Parte B para continuar estando asegurado.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte de los costos. Esto es lo que llamamos un copago (monto fijo) *o* coseguro (porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 encontrará información sobre lo que deberá pagar por los servicios médicos que reciba. En el Capítulo 6 encontrará información sobre lo que usted tiene que pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por algún otro seguro en el que esté inscrito, usted tendrá que pagar el costo total.

    Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle cobertura para un servicio o medicamento, podrá presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

  - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si se le requiere que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para poder seguir estando asegurado por el plan.

- **Avísenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir estando asegurado por nuestro plan.** (En el Capítulo 1 encontrará la explicación sobre el área de servicio). Podemos ayudarlo incluso si va a mudarse fuera de nuestra área de servicio. Si está por mudarse fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial durante el cual podrá inscribirse a cualquier plan de Medicare que esté disponible en el área a la que vaya a mudarse. Podremos avisarle si tenemos algún plan en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de participación de asegurado al día y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Podrá encontrar los números de teléfono y la información de contactos de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita ayuda o tiene alguna duda o inquietud.** También nos gustaría escuchar cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos 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, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

SECCIÓN 1 Introducción ... 213
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud ... 213
Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales? ... 213

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros ... 214
Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada ... 214

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? ... 214
Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Debería, en cambio, usar el proceso de presentación de quejas? ... 214

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA ... 215

SECCIÓN 4 Guía de los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones ... 215
Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general ... 215
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación ... 217
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación? ... 218

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 218
Sección 5.1 Esta sección le dice qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos nuestra parte del costo de su atención ... 218
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea) ... 220
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) ... 224
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel ... 227
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica? ... 230

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 231

Sección 6.1 Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D 231

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 233

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones 235

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 236

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan) 239

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 242

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 245

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos 245

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 247

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 250

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel? 251

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto 254

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios solamente:* atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) 254

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura 255

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 255

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 258

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1? 259

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al nivel 3 y más allá 262

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 262

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 264

CÓMO PRESENTAR QUEJAS 265

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas 265

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?..... 265

Sección 10.2 El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja formal” 267

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 268

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad 269

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja 270

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para tratar los problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, tendrá que recurrir al **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas sean atendidos con honestidad y rapidez, existen reglas, procedimientos y fechas límite para cada proceso que nosotros y usted tenemos que cumplir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía que se encuentra en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos técnicos legales para algunos procedimientos, reglas y tipos de fechas límites descritos en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, en este capítulo se explican las reglas y procedimientos legales con palabras más sencillas que remplazarán a ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, aparece “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgos” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. Además, se utiliza la menor cantidad posible de abreviaciones.

Sin embargo, es posible que sea útil, y en ocasiones bastante importante, que conozca los términos legales adecuados para la situación en la que se encuentre. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando trate su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para tratar los tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

En ocasiones, comenzar o continuar con un proceso para tratar un problema puede resultar confuso. En especial, si no se siente bien o su energía se ve limitada. Otras veces, es posible que ya posea el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Solicitar ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que desee que lo ayude o guíe una persona que no esté conectada con nosotros. Siempre podrá comunicarse con su **Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a consejeros en todos los estados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos deberá utilizar para tratar el problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Podrá encontrar los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual.

También podrá obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda con la gestión de un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, aparecen dos formas en las que podrá 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 tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Debería, en cambio, usar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para descubrir qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específico, **COMIENCE AQUÍ**

¿Tiene un problema o inquietud con respecto a sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de si algún tipo de atención médica o medicamento con receta específico está cubierto o no, la forma en que lo está y los problemas relacionados con el pago por la atención médica o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, "Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes".**

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

SECCIÓN 4 Guía de los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe usar para tratar problemas con respecto a si algo está o no cubierto y la forma en que lo está.

Solicitar 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 de su plan toma una decisión de cobertura (a su favor) por usted si recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo refiere a un especialista. Usted y su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está

seguro sobre si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted crea necesitar. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se rechazará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de casos en que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Cuando tomamos una decisión de cobertura, decidimos qué es lo que está cubierto y cuánto debemos pagar. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o que perdió la cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión, usted podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con ella, usted podrá “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

El momento en que apela una decisión por primera vez se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión tomada para verificar que hayamos seguido todas las reglas de forma adecuada. Su apelación es tratada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, las cuales discutiremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida sobre una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación se rechazará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de casos en que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si nuestra respuesta es negativa para todas o algunas de sus apelaciones de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es presentada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; en otras situaciones, será usted quien deba solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son algunos recursos que tal vez desee usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelación:

- También **puede llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
  - Para atención médica o para medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2. Para solicitar apelación después del Nivel 2, su médico debe estar designado como su representante.
  - Para medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que receta debe estar designada como su representante.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted como "representante" para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante conforme a la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona, sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) y pida el formulario "Designación de 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 permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desee que actúe en su representación. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
  - **Un formulario de autorización conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, en inglés) no otorga permiso para que alguien actúe en su nombre.**
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado, o bien averiguar el nombre de un abogado de su colegio local de abogados u otro servicio de derivaciones. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratis si usted cumple con los requisitos. No obstante, **no está**

obligado a contratar a un abogado para pedir una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, brindamos los detalles de cada una en otra sección:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto" (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno como el programa SHIP (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual se encuentran 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 sobre los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura)*? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le dice qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y*

lo que usted debe pagar). Para simplificarlo, en general, nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir todo el tiempo "servicios, tratamiento o atención médica". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican reglas diferentes a una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué aspectos las reglas correspondientes a los medicamentos con receta de la Parte B difieren de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en una de estas cinco situaciones:

1. Si no recibe cierta atención médica que desea, y cree que nuestro plan la cubre.

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desee darle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.

3. Ha recibido atención médica que cree que el plan debería cumplir, pero hemos dicho que no pagaremos esa atención.

4. Recibió y pagó atención médica que considera que el plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esa atención.

5. Le dicen que la cobertura para cierta atención médica que ha recibido y previamente estaba aprobada se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés)**, debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales en estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios solamente: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).

   Para *todas las otras* situaciones en que le informen que se interrumpirá la atención médica que recibe, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿Cuál de estas situaciones es la suya?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Desea saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la próxima sección de este capítulo, la **Sección 5.2**.
Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted desea que esté cubierto o pago.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Salte a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Desea pedirnos que le reembolsemos el pago de atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Salte a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. En caso de que su salud exija una respuesta rápida, nos debe solicitar que tomemos una **“decisión de cobertura rápida”.**

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación acelerada”.**

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que desea

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su representante o su médico pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

En general, usamos las fechas límite estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite "estándar", a menos que hayamos acordado usar las fechas límite "rápidas". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **No obstante,** en el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si nos pide más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores que no forman parte de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de un plazo de 72 horas si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos dentro de un plazo de 24 horas.**
  - **No obstante,** en el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como registros médicos de proveedores que no forman parte de la red) o si necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede recibir una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud trata sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si usar las fechas límite estándar puede *causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico nos informa que su salud exige una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente comunicarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos de decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, las fechas límite estándar).
  - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos una respuesta.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, en el caso de una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le responderemos **dentro de un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **dentro de un plazo de 24 horas.**
  - Como se explicó antes, podemos tardar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para

obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).

  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), o dentro de las 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 se indica cómo presentar una apelación.

- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito sobre por qué rechazamos la solicitud.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar"

- En general, una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud para un artículo o servicio médico significa que le daremos una respuesta **dentro de un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - En el caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más ("un plazo extendido") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo de 14 días calendario (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), o dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 se indica cómo presentar una apelación.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, deberá decidir si desea presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos (y tal vez cambiemos) esta decisión, mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar otra vez obtener cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3. a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **"reconsideración".**

Paso 1: Puede comunicarse con nosotros y presentar su apelación. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una **"apelación rápida".**

Lo que debe hacer

- **Para iniciar la apelación, usted, su médico o su representante tienen que comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con la apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud por escrito.**
  - Si otra persona apela en su nombre nuestra decisión, y esa persona no es su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante donde se autoriza a esta persona a que lo represente. Para conseguir el formulario, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) y pida un formulario de "Designación de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar nuestra revisión hasta no recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar la decisión sobre su apelación) se descartará su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito donde se explicará su derecho a pedir a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, presente la apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).

- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo, explique el motivo por el que presentó tarde su apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo para incumplir la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica, y agregar más información para fundamentar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos copia de la información sobre su apelación. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y envío de esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" (puede llamarnos para solicitarla)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama **"reconsideración acelerada"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura por atención que aún no recibió, usted o su médico deben decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los que se necesitan para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se indican anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere de una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos otra vez cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Obtendremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted, o con su médico, para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más,** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, de forma automática, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud,** le enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si aplicamos las fechas límites estándar, tenemos que comunicarle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de recibida su apelación, si su apelación se refiere a la cobertura de servicios que todavía no recibió. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más,** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).

  - Si no le comunicamos una respuesta dentro de la fecha límite anterior correspondiente (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales para su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar 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 con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud,** le enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza la totalidad o parte de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando lo hacemos, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel

Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se denomina **"IRE".**

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare

para ocuparse de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Si presentó a nuestro plan una apelación rápida a Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida a Nivel 2. La organización de revisión debe responder su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que recibe su apelación.
- No obstante, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una "apelación estándar" al nivel 1, también la tendrá al nivel 2

- Si presentó a nuestro plan una apelación estándar a Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** del momento en que reciba su apelación.
- No obstante, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos en los que se basó.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas, o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes estándar, o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en la que recibamos la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en cuestión dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión en el caso de las **solicitudes estándar,** o dentro de las **24 horas** a partir de la fecha en la que recibamos la decisión de la organización de revisión en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza la totalidad o parte de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto es lo que se denomina “defender la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
    - Si la Organización de Revisión Independiente “defiende la decisión” tiene derecho a la 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 cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo saber el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para seguir con el proceso de apelación, debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos un pago por atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe los casos en los que es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También informa cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos que solicitan el reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura (si desea más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto por el plan (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que debe pagar usted]*). También verificaremos si siguió todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que aceptar su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si no siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta donde indique que no pagaremos los servicios y detallaremos los motivos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *rechazar* su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y nosotros respondemos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos solicita modificar la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Lea esta sección para ver las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita que le reintegremos el pago de atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida).

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo *(Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura)*? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como asegurado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldada por ciertos libros de consulta. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener información sobre lo que significan los medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*, las normas y restricciones en la cobertura, y la información de costos, consulte el Capítulo 5 *(Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos con receta de la Parte D)* y el Capítulo 6 *(Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D).*

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Según lo analizado en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y 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 llama **“determinación de cobertura”**.

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, incluido lo siguiente:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan.
  - Pedirnos la exención de una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos superior.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumple con las normas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos [Vademécum]* del plan, pero le exigimos solicitar primero nuestra aprobación para que le brindemos esa cobertura).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que no se puede surtir su medicamento con receta según lo indicado en la receta, la farmacia le enviará un aviso por escrito donde le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Este es un pedido de decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para determinar qué parte tiene la información correspondiente a su situación:

¿Cuál de estas situaciones es la suya?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Necesita un medicamento que no aparece en nuestra Lista de medicamentos o necesita una exención de una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Nos pide que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que esté cubierto o pago.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Salte a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su pedido de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. A continuación, encontrará tres ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden pedirnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no aparezca en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*.** (La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Pedirnos cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos”**.

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4 (cuatro (4). No puede pedir una excepción

a un monto de copago o coseguro que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.

2. **Eliminación de una restricción sobre nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamento cubiertos (Vademécum)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una **“excepción a la lista de medicamentos”.**

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura para determinados medicamentos incluyen las siguientes:
  - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Obtención de la aprobación anticipada del plan* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto también se denomina “autorización previa”.)
  - *Exigencia de probar un medicamento diferente al principio* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto también se denomina “terapia escalonada”).
  - *Límites que rigen la cantidad*. Para determinados medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y eximir una restricción, puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos pagar por el medicamento.

3. **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos pertenece a alguno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina pedir una **“excepción en los niveles”**.

- Si nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que su

medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos). Esto disminuirá su costo compartido por el medicamento.

  - Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas ya sea genéricas o de marca para tratar su afección.

- Si aprobamos su solicitud de excepción de niveles y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otra persona que le receta deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que se solicita una excepción. Para agilizar la decisión, incluya esta información médica de su médico u otra persona que le receta cuando solicite la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos adversos u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos que están en el nivel de costo compartido más bajo no funcionen de igual manera en su caso o es probable que generen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, generalmente, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión al presentar una apelación. En la sección 6.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos la solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca de los medicamentos o el pago que necesita. En caso de que su salud exija una respuesta rápida, debe solicitar que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró.

Lo que debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) puede hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, vaya a la Sección 1 al Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está buscando decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D* Alternativamente, si solicita que le reembolsemos un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud en la que se nos pida pagar la parte del costo que nos corresponde pagar por la atención médica o un medicamento que haya recibido.*
- **Usted, su médico u otra persona que sea su representante** pueden solicitar una decisión de cobertura. La sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede solicitar a un abogado que actúe como su representante.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el monto de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe los casos en los que deberá solicitar un reembolso. También indica cómo enviarnos el papeleo en el que se nos solicita el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona que receta deben presentarnos los motivos médicos por los que solicita una excepción del medicamento. (Esto es lo que denominamos "declaración de respaldo"). Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos dicha declaración por fax o correo postal. O bien su médico u otra persona que receta pueden informarnos acerca de dichos motivos por teléfono y posteriormente enviarnos una declaración por escrito por fax o correo en caso de que sea necesario. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

- Como asegurado de Senior Care Plus, puede acceder a "MyBenefitsCoverage" (Mi cobertura de beneficios) en www.SeniorCarePlus.com. Luego de iniciar sesión con un usuario y contraseña de asegurado, puede acceder a la sección "MyRxBenefits" (Mis beneficios Rx), que contiene información importante sobre sus beneficios de la Parte D y la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite "estándar", a menos que hayamos acordado usar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
    - Puede recibir una decisión de cobertura rápida solo si solicita *un medicamento que aún no haya recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró).
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si usar las fechas límite estándar puede *causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico o la persona que receta nos informan que su salud exige una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente comunicarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o la persona que receta), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos de decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, las fechas límite estándar).
    - Esta carta le informará que, si su médico o la persona que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
    - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de las 24

horas posteriores a la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Si usamos las fechas límite rápidas, tenemos que comunicarle una respuesta **dentro de las 24 horas.**
    - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas.**
    - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.

- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **prestar la cobertura** que hemos acordado prestar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, deberá decidir si desea presentar una apelación.

- En caso de que rechacemos la solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedimos que reconsideremos, y probablemente que cambiemos, la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

Términos legales
Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Puede comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una **"apelación rápida".**

Lo que debe hacer

- **Para iniciar la apelación, usted (su representante, médico o la persona que receta) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo postal o a través de nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con la apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud por escrito.** Asimismo, puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar la apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y tiene un buen motivo, le podemos dar más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo para incumplir la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
  - Tiene derecho a pedirnos copia de la información sobre su apelación. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y envío de esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico o la persona que receta pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada"**.

Si su salud lo exige, solicite una "apelación rápida"

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que receta deben decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los que se necesitan para obtener una "decisión rápida de cobertura" que se menciona en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o persona que receta para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Si usamos las fechas límites rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud lo exigiera.
    - Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta rápida **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que todavía no recibió. Le comunicaremos nuestra decisión antes en caso de que aún no haya recibido el medicamento y su problema de salud exigiera que lo hagamos. Si considera que su salud lo exige, debe solicitar una "apelación rápida".
    - Si no le comunicamos una respuesta dentro de los 7 días calendario, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones; en ese caso, una Organización de Revisión Independiente se encargará de revisar su solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó –**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, tenemos que **prestar la cobertura** que acordamos prestar con la rapidez que su salud exija, sin embargo, debemos hacerlo, como máximo, **antes de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no le comunicamos una respuesta dentro de los 14 días calendario, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones; en ese caso, una organización de revisión independiente se encargará de revisar su solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si aceptar esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel

Si rechazamos su apelación, usted decide si aceptar esta decisión o continuar con la presentación de 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 modificarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se denomina **"IRE"**.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (su representante, médico o la persona que receta) tiene que comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitarle 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** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación del Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tengamos acerca de su apelación. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para fundamentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y comunica una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D que recibe a través de 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 los motivos en los que se basó.

Fechas límite para una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si su salud lo exigiera, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta concederle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos prestar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que todavía no recibió. Si solicita 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** después de recibir su solicitud.
  - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, tenemos que **prestar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** posterior a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto es lo que se denomina "defender la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "defiende la decisión" tiene derecho a la 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 reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe discutirse para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con este requisito, usted elige si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).

- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para seguir con el proceso de apelación, debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encontrarán en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando es hospitalizado, 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 la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted en la preparación para el día en que reciba su alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que sale del hospital se denomina "**fecha del alta**".
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se explica cómo realizar dicha solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas aquellas personas que participan en Medicare obtienen una copia de este aviso siempre que sean hospitalizadas. Una persona perteneciente al hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) debe entregárselo en un plazo de dos días posteriores a su internación. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). También 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.

1. **Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo.** En él se explican sus derechos como paciente hospitalizado, que incluyen los siguientes:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar de todas las decisiones sobre su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión sobre su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legítima de pedir una postergación en su fecha de alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante un período más prolongado. (La sección 7.2 a continuación le explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se les pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso. (La sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no incluye su fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la informarán). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. **Conserve una copia** del aviso, para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de la atención) a su alcance en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso con más de dos días de anticipación al día que deje el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) 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 en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios como paciente hospitalizado durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que corresponden a las acciones que tiene que llevar a cabo.
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre 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 la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **debe hacerlo antes de la medianoche del día en**

que reciba el alta hospitalaria. (Su "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que deje el hospital).

- Si usted cumple con esta fecha límite, se le autoriza a permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- Si *no* cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Deberá solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una **"revisión rápida"** del alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted pide que la organización use las fechas límite "rápidas" para la apelación en lugar de usar las fechas límite "estándar".

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (a quienes llamaremos "revisores" para abreviar) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Al mediodía del día posterior al día en que los revisores informaran a nuestro plan su apelación, usted también recibirá aviso por escrito con su fecha de alta prevista y donde se explicarán en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina "**Aviso detallado de alta**". Puede obtener una muestra de este aviso si llama al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) 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 aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: Dentro del día completo posterior al día en que tenga toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- *Si la organización de revisión* acepta **su apelación,** debemos seguir suministrando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles, o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que, para ellos, su fecha prevista de alta es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar 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 la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha de alta prevista.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizaba su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán otra vez cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde mediodía del día posterior al día del rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura de su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

En caso de rechazo de la organización de revisión:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de nivel 1 y no la modificarán. Esto se llama “defender la decisión”.

- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al siguiente nivel de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación mediante el paso al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal maneja la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel?

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, tiene que actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. (“Con rapidez” significa antes de abandonar el hospital y a más tardar en su fecha de alta prevista, lo que suceda primero). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad puede presentar una apelación ante nosotros para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite “estándar”.

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el capítulo 2, sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida**". Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite "rápidas" en lugar de "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta prevista para verificar si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente adecuada para usted. Verificaremos si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y siguió todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite "rápidas" y no las "estándar" para darle la respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que deberá seguir en el hospital después de la fecha prevista del alta, y seguiremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras esto sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.)
- **Si rechazamos su apelación rápida, significa que** decidimos que su fecha prevista de alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que tenga que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente**". Cuando hacemos esto, significa que usted *automáticamente* pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativo*

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 modificarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se denomina **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos las fechas límite, u otras, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente 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 que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse 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 de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** tenemos que reembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta prevista. También tenemos que continuar la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados del plan mientras esto sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada.
    - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le

dará los detalles sobre cómo proseguir al Nivel 3 de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, decide usted si aceptará esta decisión o pasará al Nivel 3 y presentará una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios solamente:* atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección es sobre los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que reciba.
- **Atención de enfermería especializada** que reciba como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para considerarlo “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que reciba como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o accidente, o que está en recuperación después de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando reciba alguno de estos tipos de atención, tendrá derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por el plan para ese tipo de atención mientras sea necesaria la atención para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Si desea más información sobre sus servicios cubiertos por el plan, incluida su parte del costo y las limitaciones a la cobertura que puedan aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar).*

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de uno de los tres tipos de atención, tenemos que informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, recibirá un aviso.
   - El aviso por escrito le informa la fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.
   - El aviso por escrito también le indica lo que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre el momento de finalización de su atención, y para seguir la cobertura por un período más prolongado.

Términos legales
Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le indica cómo puede solicitar una **"apelación por vía rápida".** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre el momento de interrupción de su atención. (La Sección 8.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida). El aviso por escrito se denomina "**Aviso de no cobertura de Medicare**".

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se les pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con el plan en que es el momento de interrumpir su atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que corresponden a las acciones que tiene que llevar a cabo. También existen fechas límite que tiene que seguir nuestro plan. (Si cree que no cumplimos nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre 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 la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe modificar la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de atención que reciben las personas que participan en Medicare y revisan las decisiones del plan sobre el momento de interrumpir la cobertura de 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 bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación por vía rápida” (para efectuar una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia indicada en el Aviso de no cobertura de Medicare.

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (a quienes llamaremos "revisores" para abreviar) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico, y revisará la información que nuestro plan les haya entregado.
- Al finalizar el día, los revisores nos informan su apelación y usted también recibirá un aviso nuestro por escrito que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso explicativo se denomina "**Explicación detallada de no cobertura**".

Paso 3: Dentro del día posterior al día en que tienen toda la información que necesitan, los revisores le informan su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **tenemos que seguir brindando sus servicios cubiertos por el plan mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles, o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios cubiertos por el plan (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total de la atención.**

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que ha finalizado la cobertura de la atención, podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención después de finalizar la cobertura de su atención, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o atención de un centro de enfermería especializada, o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pide otra revisión.

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 día**s posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizaba su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán otra vez cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted tiene que continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede en caso de rechazo de la organización de revisión?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos en su apelación de Nivel 1, y no la modificarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al siguiente nivel de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal maneja la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, tiene que actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad puede presentar una apelación ante nosotros para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite “estándar”.

Estos son los pasos para una apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el capítulo 2, sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida**". Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite "rápidas" en lugar de "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre el momento de finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos otra vez toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos las fechas límite "rápidas" y no las "estándar" para darle la respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos por el plan mientras esto sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha en que le indicamos, y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión**

Independiente". Cuando hacemos esto, significa que usted *automáticamente* pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativo*

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 modificarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se denomina **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos las fechas límite, u otras, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente 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 que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse 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,** tenemos que reembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de atención que haya recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. También tenemos que seguir brindando cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación, y no la modificarán.

- El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al Nivel 3 de apelación.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal maneja la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al nivel 3 y más allá

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 fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, pudiera proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menos que el nivel mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba en su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 4. A diferencia de la decisión a Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de derecho administrativo o mediador legal.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4, con los documentos adjuntos correspondientes. Podemos esperar a la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

- **Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado** - Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5. A diferencia de la decisión en el Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares exigido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten seguir, el aviso por escrito también le indicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer a continuación, si decide proseguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** 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 fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con cierto nivel de monto en dólares, puede proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba en su apelación de Nivel 2 explicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de derecho administrativo o mediador legal **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten seguir, el aviso por escrito también le indicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer a continuación, si decide proseguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas

Si su problema es por decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no corresponde en su caso*. En cambio, deberá utilizar 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 quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y Servicio al Cliente que recibe. Estos son ejemplos de tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que usted considera que debe ser confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente, u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con el modo en que lo ha tratado el Servicio al Cliente? • ¿Cree que le recomiendan abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar citas, o espera demasiado para conseguir una? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo han hecho nuestro Servicio al Cliente u otros miembros del personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperas prolongadas por teléfono, o en la sala de espera, o cuando se surte un medicamento, o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le brindamos	• ¿Cree que no le hemos brindado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Cree que la información por escrito que le entregamos es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de solicitud de decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utiliza ese proceso, no el de quejas. No obstante, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Por ejemplo: • Si nos solicitó una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida" y le respondimos que no se la otorgaremos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, existen fechas límite que se aplican. Si cree que no cumplimos estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le informamos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no hacemos eso dentro del plazo anterior a la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja formal"

Términos legales
• Lo que esta sección denomina **"queja"** también se llama **"queja formal"**. • Otro término para **"presentación de una queja"** es **"presentación de una queja formal".** • Otra forma de decir "**uso del proceso para quejas**" es "**uso del proceso para presentar una queja formal**".

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **En general, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicio al Cliente le informará. Comuníquese con el Servicio al Cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 (solo los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si solicita una respuesta por escrito, presenta una queja formal por escrito o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus quejas. A esto le llamamos nuestro procedimiento de inconformidad de Senior Care Plus. Si elige llamarnos o enviarnos una carta sobre su queja, siga estas instrucciones:
    - Para presentar una queja por teléfono, puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 775-982-3112.
    - Para presentar una queja por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección: Senior Care Plus, 10315 Professional Circle, Reno, NV 89521.
    - La queja formal debe presentarse dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Debemos abordar su queja formal con la rapidez que su caso exija en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de que recibamos su queja. Podemos extender el plazo en hasta 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es lo más adecuado para usted.
    - Para presentar una queja relacionada con la calidad de la atención, comuníquese con Livanta, BFCC-QIO Program. (Consulte el Capítulo 2, Sección 4, sobre cómo comunicarse con Livanta).

- **Ya sea por teléfono o por correo, debe comunicarse de inmediato con el Servicio al Cliente.** La queja se debe presentar dentro de los 60 días calendario después de que haya tenido el problema por el cual desea presentar la queja.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le permitiremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida" significa que le **responderemos dentro de las 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección denomina **"queja rápida"** también se denomina **"queja formal acelerada"**.

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama a causa de una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige responder con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responde en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos o no de acuerdo con la queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se trate sobre *calidad de atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió, directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
    - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare.
    - Busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O bien puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo**. Si lo desea, puede presentar su queja sobre calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Essential (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usará esta información para contribuir a la mejora de la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no soluciona 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

Finalización de su participación en el plan

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 273

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre la finalización de su participación en nuestro plan ... 273

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan? ... 273

Sección 2.1 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción anual ... 273

Sección 2.2 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage ... 274

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el Período de inscripción especial ... 275

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación? ... 276

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan? ... 276

Sección 3.1 En general, finaliza su participación al inscribirse en otro plan ... 276

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 278

Sección 4.1 Hasta la finalización de su participación, sigue siendo asegurado de nuestro plan ... 278

SECCIÓN 5 *El plan Senior Care Plus Essential (HMO)* debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones ... 279

Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su participación en el plan? ... 279

Sección 5.2 Nosotros no podemos obligarlo a abandonar el plan por un motivo relacionado con su salud ... 280

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan ... 280

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre la finalización de su participación en nuestro plan

La finalización de su participación en el plan Senior Care Plus Essential (HMO) puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo.
  - Solo existen ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, donde puede finalizar voluntariamente su participación en el plan. La Sección 2 le informa *cuándo* puede finalizar su participación en el plan.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su participación varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su participación en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en que usted no decide finalizar la participación, sino que nosotros se lo exigimos. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su participación.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta la finalización de la participación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?

Puede finalizar su participación en nuestro plan solo en ciertos momentos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los asegurados tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su participación durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). En este momento usted debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuál es el Período de inscripción anual?** Del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede pasar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o efectuar cambios en su cobertura para el año

siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir uno de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- –*U*-- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
  - **Si recibe "Ayuda adicional" por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta:** Si cambia al Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante un plazo de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "válida" significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su participación?** Finalizará su participación cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede efectuar *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta** de **Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Todos los años, se lleva a cabo del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede pasar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo finalizará su participación?** Su participación finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o al momento en que recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su participación en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior al momento en que el plan de medicamentos recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los asegurados del plan Senior Care Plus Essential (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su participación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos para el Período de inscripción especial?** En cualquiera de las siguientes situaciones, usted puede reunir los requisitos para finalizar su participación durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para ver la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - En general, cuando se mude.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe atención en una institución, como un hogar de atención médica especializada o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  - **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, podría no tener la posibilidad de cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Si descubre que reúne los requisitos 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 reúne los requisitos para finalizar su participación por una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

- –*U*-- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Si recibe "Ayuda adicional" por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta: Si cambia al Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

> **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "válida" significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su participación?** Su participación finalizará en general el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo puede finalizar su participación:

- También puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2022***.
  - Todas las personas inscritas en Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* todos los años en otoño. Aquellas personas que recién se inscribieron en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la primera inscripción.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede solicitar una copia impresa, por teléfono, al número de Medicare que aparece 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 finalizar su participación en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, finaliza su participación al inscribirse en otro plan

En general, para finalizar su participación en nuestro plan, solo se tiene que inscribir 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). No obstante, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir la cancelación de la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir la cancelación de su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- --*O*-- 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.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “válida” significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su participación en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en el plan Senior Care Plus Essential (HMO) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en el plan Senior Care Plus Essential (HMO) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. ○ **Nota:** Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). • También puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en el plan Senior Care Plus Essential (HMO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta la finalización de su participación, sigue siendo asegurado de nuestro plan

Si abandona el plan Senior Care Plus Essential (HMO), la finalización de su participación en el plan y la entrada en vigencia de su nueva cobertura de Medicare pueden demorar un tiempo. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre el momento de inicio de la nueva cobertura). Durante este tiempo tiene que seguir recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando las farmacias que forman parte de nuestra red para surtir sus medicamentos con receta hasta finalizar su participación en nuestro plan.** En general solo están cubiertos sus medicamentos con receta si se surten en una farmacia de la red a través de nuestros servicios de farmacias que brindan pedidos por correo.
- **Si, el día en que finaliza su participación, se encuentra hospitalizado, su hospitalización en general estará cubierta por el plan hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *El plan Senior Care Plus Essential (HMO)* debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su participación en el plan?

El plan Senior Care Plus Essential (HMO) debe finalizar su participación en el plan si se presenta una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
- Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).
  - Si se muda o realiza un viaje largo, debe comunicarse con Servicio al Cliente para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).
  - Si ha estado asegurado por nuestro plan continuamente desde antes de enero de 1999 *y* vivía fuera de nuestra área de servicio antes de esa fecha, aún es elegible siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Sin embargo, si se muda y el destino es otro lugar fuera de nuestra área de servicio, su participación en nuestro plan finalizará.
- Si ingresa en la cárcel.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro en el que esté inscrito y que brinde cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si tiene un continuo comportamiento perturbador que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros asegurados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de asegurado para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).

  - Si finalizamos su participación por este motivo, Medicare puede ordenar que el Inspector General investigue su caso.

- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará la inscripción de su plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede encontrar más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su participación:

- Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Sección 5.2 Nosotros no podemos obligarlo a abandonar el plan por un motivo relacionado con su salud

El plan Senior Care Plus Essential (HMO) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debo hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan

Si finalizamos su participación en nuestro plan, tenemos que informarle nuestros motivos por escrito. También tenemos que explicar cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su participación. También puede leer la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 **Aviso sobre ley vigente 283**

SECCIÓN 2 **Aviso sobre la no discriminación 283**

SECCIÓN 3 **Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario del Programa Medicare 283**

SECCIÓN 4 **Aviso sobre las prácticas de privacidad 284**

SECCIÓN 5 **Aviso sobre la asignación 291**

SECCIÓN 6 **Aviso sobre la totalidad del contrato 291**

SECCIÓN 7 **Aviso sobre la renuncia de corredores de seguros 291**

SECCIÓN 8 **Aviso sobre la absoluta discreción del plan 292**

SECCIÓN 9 **Aviso sobre la divulgación 292**

SECCIÓN 10 **Aviso sobre la información de las instrucciones anticipadas 292**

SECCIÓN 11 **Aviso sobre la continuidad y la coordinación de la atención 293**

SECCIÓN 12 **Aviso sobre cómo informar a las personas acerca de requisitos de no discriminación y accesibilidad y declaración de no discriminación 294**

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente

Hay muchas leyes aplicables a esta *Evidencia de cobertura* y pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales exigidas por 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 normativa creada conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales, y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual reside.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan cumple con leyes que lo protegen contra la discriminación o tratamiento desigual. **No discriminamos a las personas** por razones de raza, etnicidad, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sobre presentación de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brinden planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciban fondos federales, y otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con discriminación o tratamiento desigual, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a recibir atención, comuníquese con nosotros a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, por ejemplo, un problema para acceder a una silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario del Programa Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme a la normativa de CMS en el Código de Normativa Federal (CFR, en inglés) 42, artículos 422.108 y 423.462, el plan Senior Care Plus Essential (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre las prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo atentamente.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con la oficina de Privacidad/Cumplimiento Corporativo de Renown Health al 775-982-8300.

RESUMEN

¿A quién puede divulgar su información Hometown Health?	
Con su consentimiento	• A médicos, enfermeros y otras personas involucradas en su tratamiento. Se incluyen proveedores de otros hospitales, clínicas y consultorios que le brindan tratamiento. • A compañías de seguro, a menos que inicialmente pague su visita completamente de bolsillo y solicite que no se le facture a su seguro. • Para operaciones de atención médica, como revisiones de calidad, investigaciones de seguridad y privacidad o cualquier otra necesidad comercial. • Como lo exige la ley. Las regulaciones federales y de Nevada requieren el informe de determinadas afecciones, infecciones, enfermedades, actos de violencia y otras situaciones.
Situaciones en las que tiene la oportunidad de presentar una objeción o desacuerdo	• Con su consentimiento, nuestro personal puede analizar información limitada con sus familiares y amigos sobre su afección o tratamiento. Si no puede dar su consentimiento, el personal usará el criterio profesional sobre si la divulgación es lo mejor para usted. • Hometown Health puede divulgar información sobre usted a Renown Health Foundation para recaudar fondos. Puede plantear su desacuerdo llamando al 775-982-8300 o escribiendo a la siguiente dirección.

¿Quién realizará el seguimiento de este aviso?

Este aviso describe las prácticas de Hometown Health. Hometown Health incluye sus empleados, personal médico, practicantes, grupos de voluntarios, estudiantes, internos y toda persona autorizada a incluir información en su registro médico, empleados contratados, asociados comerciales y sus empleados, y otro personal de atención médica. A los fines de este aviso y en este aviso, se hará referencia a las entidades como “Hometown Health”.

Nuestra declaración respecto de la información médica

Comprendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica, incluida la información financiera personal que se relaciona con su atención médica. Creamos un registro de sus beneficios, estado de elegibilidad e historial de reclamaciones. Necesitamos este registro para proporcionarle beneficios de atención médica de calidad y para cumplir con determinados requisitos legales. Los hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica que ofrecen servicios de atención médica a los asegurados de Hometown Health pueden tener distintas políticas o avisos respecto de sus usos y divulgaciones de información médica.

En este aviso, se le informará cómo utilizamos y divulgamos la información médica sobre usted. También le contaremos sobre sus derechos y las obligaciones que tenemos respecto del uso de su información médica.

Por ley, estamos obligados a hacer lo siguiente:

- Asegurarnos de que su información médica que lo identifique se mantenga privada.
- Proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted.
- Cumplir con los términos del aviso actualmente vigente.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que podemos usar y divulgar información médica. Para cada categoría de uso o divulgaciones, proporcionaremos ejemplos de los tipos de formas en que puede usarse su información. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de cada categoría.

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su información médica durante la provisión, coordinación o administración de atención médica y servicios relacionados entre proveedores de atención médica, las consultas entre proveedores de atención médica respecto de su atención o la derivación de atención de un proveedor de atención médica a otro. Por ejemplo, un médico que le administra una vacuna a usted quizá necesite saber si está enfermo, en cuyo caso no puede recibir la vacuna. El médico podría derivarlo a otro profesional y también quizá deba decirle a este que usted está enfermo a fin de coordinar los servicios médicos correspondientes, para recibir la vacuna en una fecha posterior.

- **Para pagos.** Podemos usar y divulgar su información médica a fin de pagar sus beneficios médicos en virtud de nuestro plan de salud. Estas actividades pueden incluir la determinación de la elegibilidad para recibir beneficios, actividades de facturación y cobro, coordinación del pago de beneficios con otros planes de salud o terceros, revisión de servicios de atención médica para una necesidad médica y una revisión de utilización. Por ejemplo, para realizar el pago de una reclamación por atención médica, podemos revisar información médica para asegurarnos de que los servicios que recibió eran necesarios.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información médica para las operaciones del plan de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para la ejecución del plan de salud y para asegurarnos de que todos nuestros asegurados reciban beneficios y servicio al cliente de calidad. Por ejemplo:
    - Es posible que utilicemos y divulguemos información médica general, pero no revelaremos su identidad en publicaciones de boletines que ofrecen información a los asegurados sobre diversos problemas de atención médica, como asma, diabetes y cáncer de mama.
    - Podemos utilizar y divulgar su información médica para la gestión de reclamaciones; revisión y gestión de utilización; gestión de sistemas de información y datos; revisión de la necesidad médica; coordinación de la atención, los beneficios y servicios; respuesta a las consultas o solicitudes de los asegurados en cuanto a servicios; procesamiento de quejas, apelaciones y revisiones externas; análisis e informes de beneficios y programas; gestión de riesgos; detección e investigación de fraude y otra conducta ilícita; auditorías; suscripción y establecimiento de tarifas.
    - Podemos utilizar y divulgar su información médica para la operación de programas de gestión de casos y enfermedades, a través de la cual nosotros o nuestros contratistas realizamos evaluaciones de riesgo y de salud, identificamos y nos comunicamos con los asegurados que podrían beneficiarse de la participación en los programas de gestión de casos o enfermedades, y enviamos información pertinente a aquellos asegurados que se inscriben en los programas y sus proveedores.
    - Podemos utilizar y divulgar su información médica para actividades de mejora y evaluación de la calidad, como la revisión entre pares y acreditación de proveedores participantes, desarrollo de programas y acreditación por organizaciones independientes.
    - Podemos utilizar y divulgar su información médica al patrocinador del plan si le proporcionamos beneficios de salud debido a que es un beneficiario del plan de salud grupal patrocinado por un empleador.
    - Podemos utilizar y divulgar su información médica para la transición de políticas o contratos entre planes de salud.

- **A su familia y amigos**. Podemos divulgar su información médica a un miembro de la familia, un amigo u otra persona —en la medida en que sea necesario— para ayudarlo con su atención médica o con el pago de la atención médica. Antes de divulgar su información médica a una persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica, le daremos la oportunidad de rechazar dichos usos y divulgaciones. Si no está presente, o en caso de que tenga una discapacidad o una emergencia, utilizaremos y divulgaremos su información médica sobre la base de nuestro criterio profesional respecto de si el uso o la divulgación será lo más adecuado para usted.

- **Como lo exige la ley**. Divulgaremos su información médica cuando debamos hacerlo en virtud de las leyes federales, estatales o locales. También tenemos que compartir su información médica con las autoridades que controlan nuestro cumplimiento de las leyes de privacidad.

- **Para evitar un peligro grave para la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Las divulgaciones solo se harían a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Situaciones especiales

- **Miembros de las Fuerzas Armadas y veteranos.** Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información médica según lo exigido por las autoridades directivas del Ejército. También podemos divulgar información médica acerca de personal extranjero de las Fuerzas Armadas a la autoridad militar extranjera correspondiente.

- **Riesgos de salud pública.** Como lo exige la ley, podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:
    - Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
    - Para informar nacimientos y fallecimientos.
    - Para informar el abuso o abandono infantil, de ancianos o de adultos dependientes.
    - Para informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos.
    - Para notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que pueden estar utilizando.
    - Para notificarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede correr riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
    - Para notificar a las autoridades gubernamentales correspondientes si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Realizaremos la divulgación únicamente si está de acuerdo o bien si lo exige o permite la ley.

- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para las actividades autorizadas por ley. Por ejemplo: auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamiento. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.
- **Demandas y disputas.** Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden del tribunal u orden administrativa. También podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, pedido de presentación de prueba u otro proceso legal.

- **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario de cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, garantía, emplazamiento o proceso similar.
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, a un fugitivo, a un testigo material o a una persona desaparecida.
- Con respecto a la víctima de un crimen si, bajo determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona.
- Con respecto a un fallecimiento que consideramos pudo resultar de una conducta delictiva.
- Con respecto a una conducta delictiva en un hospital.
- O, en circunstancias de emergencia, para denunciar un delito, la ubicación de las víctimas del delito o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

- **Investigaciones de un Gran Jurado y de un Fiscal General de Nevada.** Podemos divulgar información médica si así nos lo solicita un investigador para el Fiscal General o un Gran Jurado de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de Nevada que prohíben la negligencia hacia los pacientes, el abuso de personas mayores o la presentación de reclamaciones falsas al programa Medicaid. También podemos divulgar información médica a un investigador para el Fiscal General de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de indemnización del trabajador de Nevada.

- **Seguridad nacional.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para fines de seguridad nacional.

- **Reclusos.** Un recluso no tiene derecho a este aviso. Si es un recluso de un centro correccional o está bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información médica al centro correccional o al funcionario de cumplimiento de la ley. Esta divulgación sería necesaria para proporcionarle atención médica o para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de los demás, incluida la seguridad del centro correccional.

Asegurados anteriores de Hometown Health

Hometown Health no destruye la información médica de las personas que terminan su cobertura con nosotros. La información es necesaria y se utiliza para muchos fines que se describen anteriormente, incluso después de que la persona abandona el plan, y en muchos casos está sujeta a requisitos de retención. Se aplican procedimientos que protegen esa información del uso o la divulgación indebidos, independientemente del estado de un miembro individual.

Sus derechos en torno a su información médica

Tiene los siguientes derechos respecto de la información médica que guardamos sobre usted:

- **Derecho a revisar y copiar.** Tiene derecho a revisar y copiar la información médica que puede utilizarse para tomar decisiones sobre sus beneficios. Por lo general, esto incluye los

registros de beneficios, elegibilidad y reclamaciones, pero es posible que no incluya determinada información de salud mental.

Para revisar y copiar información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, debe presentar una solicitud por escrito. Podremos cobrarle una tarifa por el costo del copiado, el envío por correo postal u otros suministros asociados a su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de revisar y copiar información en circunstancias muy particulares. Puede solicitar que se revise una denegación.

- **Derecho de realizar enmiendas.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos realizar enmiendas a la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda durante todo el tiempo en que su información sea guardada por o para Hometown Health. Para solicitar una enmienda a su registro, debe enviar una solicitud por escrito donde explique el motivo que respalda su solicitud.

  Podemos rechazar su solicitud de realizar una enmienda si no es realizada por escrito o si no incluye un motivo para respaldar dicha solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos solicita realizar una enmienda a la información que tenga las siguientes características:
  - Nosotros no creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no se encuentre disponible para realizar la enmienda.
  - No forma parte de los registros usados para tomar decisiones sobre usted.
  - No forma parte de la información que usted puede revisar y copiar.
  - Sea precisa y esté completa.

- **Derecho a un informe sobre las divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica. Esta lista no incluirá todas las divulgaciones hechas. No incluirá las divulgaciones hechas por operaciones de tratamiento, pago o atención médica, divulgaciones hechas hace más de seis años o divulgaciones que autorizó específicamente. Para solicitar esta lista o un “informe de las divulgaciones”, debe presentar su solicitud por escrito.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar un límite o restricción sobre la información médica que usemos o divulguemos sobre usted a cualquier persona que esté involucrada en su atención o en el pago de esta, como un miembro de la familia o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que en esta se pida una restricción sobre la divulgación de información a un plan de salud, la divulgación sea para hacer un pago o para operaciones de atención médica y no se exija de otro modo por ley, y la información se relacione con un artículo o servicios que usted, o alguien que actúe en su nombre, además del plan de salud, nos haya pagado en su totalidad. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito.

En la solicitud, debe informarnos lo siguiente: (1) qué información desea limitar; (2) si quiere limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién quiere que se aplique el límite (por ejemplo, las divulgaciones a su cónyuge)

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de los asuntos médicos de determinada manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo a su dirección de trabajo o por correo. Cumpliremos todas las solicitudes razonables. Debe hacer su solicitud por escrito.

- **Derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso de forma electrónica, aún tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia actualizada de este aviso en www.HometownHealth.com.

- Para hacer una solicitud de inspección de su registro médico, enmienda de su registro médico, informe de divulgaciones, restricciones sobre la información que podemos divulgar o comunicaciones confidenciales, envíe su solicitud por escrito a esta dirección:

  Hometown Health Compliance Officer
  10315 Professional Circle Mail Stop T-9
  Reno, NV 89521

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de implementar el aviso revisado o con modificaciones vigente inmediatamente para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras sedes y en www.HometownHealth.com. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en el extremo superior derecho de la primera página. Además, cada vez que se inscriba en un plan de Hometown Health, le ofrecemos una copia del aviso actual en vigencia en ese momento.

Quejas

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose al 775-982-8300. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles en www.hhs.gov/ocr o puede presentar una queja por escrito a esta dirección:

Renown Health Chief Compliance/ Officer
1155 Mill St, Mail Stop N-14
Reno, NV 89502

No será penalizado por presentar una queja.

Otros usos de la información médica

Los demás usos y divulgaciones de información médica no detallados por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica al firmar una autorización, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos detallados en su autorización por escrito. Usted comprende que no puede cancelar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

Aviso para los pacientes respecto de la destrucción de registros de atención médica

Conforme a los Estatutos Revisados de Nevada (NRS, en inglés) 629.051, sus registros médicos guardados regularmente se conservarán durante cinco años después de la recepción o producción, a menos que la ley federal especifique lo contrario. Si tiene menos de 23 años a la fecha de destrucción, no se destruirán sus registros; después de cumplir 23 años, se destruirán sus registros después de cinco años de conservación, a menos que la ley federal especifique lo contrario.

Conforme a 42 CFR, artículos 422.504(d) y (e); 423.505(d) y (e), Hometown Health, como organización de Medicare Advantage, conservará registros médicos para beneficiarios de Medicare Advantage durante 10 años, a menos que la ley federal especifique lo contrario.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la asignación

Los beneficios proporcionados conforme a esta Evidencia de Cobertura son para el beneficio personal del asegurado y no pueden transferirse ni asignarse. Cualquier intento de asignar este contrato anulará automáticamente todos los derechos en virtud de este contrato.

SECCIÓN 6 Aviso sobre la totalidad del contrato

Esta Evidencia de Cobertura y sus cláusulas adjuntas, y su formulario de inscripción completo, constituyen la totalidad del contrato entre las partes y a partir de la fecha de entrada en vigor del presente, sustituye a todos los demás acuerdos entre las partes.

SECCIÓN 7 Aviso sobre la renuncia de corredores de seguros

Ningún corredor de seguros u otra persona, excepto un funcionario ejecutivo de su plan, tiene autoridad para renunciar a cualquier condición o restricción de esta Evidencia de Cobertura o del cuadro de beneficios médicos ubicado en el frente de este manual. Ningún cambio en esta Evidencia de Cobertura será válido a menos que se demuestre por medio de un anexo firmado por un funcionario ejecutivo autorizado de la empresa, o por medio de una enmienda firmada por un funcionario autorizado de la empresa.

SECCIÓN 8 Aviso sobre la absoluta discreción del plan

El plan puede, a su absoluta discreción, cubrir servicios y suministros que la Evidencia de Cobertura no cubre de manera específica. Esto se aplica si el plan determina que dichos servicios y suministros se proporcionan en lugar de servicios y suministros más costosos que, de otra manera, serían necesarios para la atención y el tratamiento de un asegurado.

SECCIÓN 9 Aviso sobre la divulgación

Tiene derecho a solicitarle al plan la siguiente información:

- La información de los planes de incentivo de su médico del plan.
- Información sobre los procedimientos que usa su plan para controlar la utilización de servicios y gastos.
- Información sobre la situación financiera de la empresa.
- Información general comparativa y de cobertura del plan.

Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente de Hometown Health (el número de teléfono y los horarios de atención aparecen impresos en la contraportada de este manual). El plan le enviará esta información en el plazo de 30 días desde su solicitud.

SECCIÓN 10 Aviso sobre la información de las instrucciones anticipadas

(Información acerca del uso de un formulario legal como un “testamento en vida” o un “poder” para dar instrucciones anticipadas sobre su atención médica en caso de que no pueda tomar decisiones respecto de la atención médica por sí mismo). Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre atención médica. Pero ¿qué sucede si tiene un accidente o una enfermedad tan grave que no le permita tomar decisiones por sí mismo?

Si esto sucediera, puede hacer lo siguiente:

- Si desea que una persona en particular de su confianza tome estas decisiones por usted.
- Si desea informar a los proveedores de atención médica sobre los tipos de atención médica que desea y que no desea en caso de que no pueda tomar las decisiones usted mismo.
- Si desea hacer ambas cosas: nombrar a otra persona para que tome sus decisiones e informar a esta persona y a sus proveedores de atención médica sobre los tipos de atención médica que desea en caso de que no pueda tomar las decisiones usted mismo.

Si así lo desea, puede completar y firmar un formulario especial que informa a los demás qué desea que se haga si no puede tomar decisiones en torno a la atención médica usted mismo. Este formulario es un documento legal. A veces se denomina “instrucciones anticipadas” porque le permite dar instrucciones por adelantado acerca de qué quiere que suceda si en algún momento no

puede tomar sus propias decisiones sobre atención médica.

Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para cada una de ellas según su estado o ciudad. Por ejemplo, los documentos llamados “testamentos en vida” y “poderes para decisiones médicas” son ejemplos de instrucciones anticipadas. Usted decide si desea o no completar un formulario de instrucciones anticipadas. La ley prohíbe cualquier discriminación respecto de la atención médica en torno a si usted ha firmado instrucciones anticipadas o no.

¿Cómo puede utilizar un formulario legal para dar sus instrucciones anticipadas? Si decide que quiere redactar instrucciones anticipadas, existen muchas formas de obtener este tipo de formulario legal. Puede obtener el formulario de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindar información sobre Medicare a las personas, como su SHIP (Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos). En el Capítulo 2 de este manual, encontrará cómo comunicarse con su SHIP. (Los SHIP tienen distintos nombres de acuerdo con el estado en el que se encuentre).

Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que consiga un abogado para que lo ayude a prepararlo. Es importante firmar este formulario y guardar una copia en casa. Le recomendamos que les entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el documento para que tome las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted.

También le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Si tiene una hospitalización programada, llévese una copia al hospital. Si es hospitalizado, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones anticipadas. Si lo internan, en el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de instrucción anticipada firmado y si lo lleva con usted. Si no ha firmado ninguna instrucción anticipada, en el hospital podrán proporcionarle los formularios y le preguntarán si desea firmar alguno. Tiene la opción de firmarlo o no. Si decide no firmar un formulario de instrucciones anticipadas, no se le negará la atención ni será discriminado respecto de la atención que reciba.

¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que entregó?

Si considera que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en su instrucción anticipada, consulte el Capítulo 8, Sección 1.6, subsección “*¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?”.*

SECCIÓN 11 Aviso sobre la continuidad y la coordinación de la atención

Su plan tiene políticas y procedimientos vigentes para promover la coordinación y continuidad de la atención médica de nuestros asegurados. Esto incluye el intercambio confidencial de información entre los médicos de atención primaria y los especialistas, así como también entre

los proveedores de servicios de salud mental. Además, su plan ayuda a coordinar la atención con un profesional cuando el contrato de dicho profesional ha terminado y trabaja para permitir una transición sin problemas a un profesional nuevo.

SECCIÓN 12 Aviso sobre cómo informar a las personas acerca de requisitos de no discriminación y accesibilidad y declaración de no discriminación

La discriminación es ilegal.

Senior Care Plus cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Senior Care Plus no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Senior Care Plus:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita esos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Si cree que Senior Care Plus no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: Compliance Officer, 10315 Professional Circle, Reno, NV, 89521, 800-611-5097, (TTY: 1- 800-833-5833). Puede presentar una queja formal personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el encargado del área de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Monto permitido: el monto que Hometown Health Plan ha determinado que es un pago adecuado por los servicios prestados u otro monto que el proveedor del plan y Hometown Health Plan han acordado que se aceptará como pago por los servicios prestados. El monto permitido para los proveedores que no tienen contrato está determinado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS.

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

Período de inscripción anual: período fijado en otoño todos los años, en el cual los asegurados pueden cambiar de plan de salud o medicamentos, o pasar a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considere que debe recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentarlas.

Facturación de saldos adicionales: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de costos compartidos permitido por el plan. Como asegurado del plan Senior Care Plus Select (HMO), solo tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores emitan una “factura con saldos adicionales” o que le cobren de otro modo un monto de costos compartidos superior al que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: el modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes del medicamento fabrican y venden los medicamentos genéricos, y en general no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura para casos catastróficos: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D donde usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted, u otra parte elegible en su nombre, hayan gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Coseguro: monto que tal vez deba pagar como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta. En general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: el nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja formal". El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y Servicio al Cliente que recibe. Consulte también "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que proporciona una variedad de servicios incluida la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o "co-pago"): monto que tal vez deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como la visita al médico, la visita al hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento con receta. El copago es un monto fijo, no un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por la visita al médico o un medicamento con receta.

Costos compartidos: el costo compartido se refiere al monto que debe pagar el asegurado cuando recibe servicios o medicamentos. (Es adicional a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) monto de deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de "copago" que un plan exija cuando reciba un servicio o medicamento específico, o (3) todo monto de "coseguro", porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiera cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Una "tasa diaria de costo compartido" puede aplicarse cuando su médico le recete menos del suministro del mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted deba pagar un copago.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a alguno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deba pagar usted por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta médica a la farmacia y esta le dice que no está cubierto el medicamento con receta conforme a su plan, esa no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirle a su plan y pedirle una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las

determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por el plan: el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare pueden, en general, conservar esa cobertura sin pagar multa si deciden inscribirse más tarde en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Atención de custodia: la atención de custodia es atención personal suministrada en un hogar de atención médica especializada, centro para pacientes con enfermedades terminales u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es atención personal que pueden brindar personas sin capacitación o habilidades profesionales, como ayuda para las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, sentarse, acostarse, levantarse de la cama, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace sola, como colocarse gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Servicio al Cliente: un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la participación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Tasa diaria de costo compartido: una “tasa diaria de costo compartido” puede aplicarse cuando su médico le recete menos del suministro del mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes del medicamento es de $30 y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, su “tasa diaria de costo compartido” es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surta su medicamento con receta.

Deducible: monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar la inscripción o **cancelación de inscripción:** el proceso para finalizar su participación en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (de su elección) o involuntaria (no de su elección).

Tarifa de despacho: tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. La tarifa de despacho cubre los costos como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento con receta.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión de intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que usted presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia: se refiere a los servicios cubiertos por el plan
1) suministrados por un proveedor habilitado para brindar servicios de emergencia y
2) necesarios para el tratamiento, la evaluación o la estabilización de una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que usted debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como asegurado de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos del patrocinador de su plan (una excepción de la Lista de medicamentos) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costo compartido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted solicita, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción de la Lista de medicamentos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas del plan de salud, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, un medicamento “genérico” funciona igual que el de marca, y por lo habitual, cuesta menos.

Queja formal: tipo de queja que presenta ante nosotros o una farmacia, incluida la queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago.

Asistencia médica en el hogar: brinda servicios que no necesitan de las habilidades de un terapeuta o enfermero matriculado, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). La asistencia médica en el hogar no tiene matrícula de enfermería ni brinda terapia.

Atención médica en el hogar: atención de enfermería especializada y otros servicios de atención médica que recibe en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos están detallados en el Cuadro de beneficios de la Sección 10, bajo el título "Atención médica en el hogar". Si necesita servicios de atención médica en el hogar, nuestro plan cubrirá esos servicios siempre y cuando se cumplan los requisitos para la cobertura de Medicare. La atención médica en el hogar puede incluir servicios de asistencia médica en el hogar si los servicios son parte de un proveedor (no preferido). Consulte el Capítulo 4, Sección 1, Subsección 1.3, para obtener información sobre su gasto máximo de bolsillo de proveedores que forman parte de la red.

Servicios de atención para pacientes con enfermedades terminales: un asegurado que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un servicio de atención para pacientes con enfermedades terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para pacientes con enfermedades terminales en su área geográfica. Si elige un centro para pacientes con enfermedades terminales y continúa pagando primas, continúa siendo asegurado de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios además de todos los beneficios complementarios que ofrecemos. Este servicio le brindará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización de pacientes: hospitalización en la cual se lo admite formalmente en el hospital para los servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar "paciente ambulatorio".

Especialista en servicios hospitalarios: médico que se especializa en el tratamiento de pacientes cuando están en el hospital y que puede coordinar su atención si se le admite en un hospital que forma parte del plan Senior Care Plus

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según su declaración anual de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará el importe de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas inscritas en Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no paga una prima mayor.

Límite inicial de la cobertura: el límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que su plan pagó en su nombre para el año, alcancen el monto de $4,430

Período de inscripción inicial: cuando sea elegible por primera vez para participar en Medicare, el período en el cual usted se inscribe para la Parte A y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional Special Needs (SNP): un plan Special Needs que inscribe a personas que cumplan los requisitos y que residan en forma continua, o que se espere que residan en forma continua, durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés), un centro de servicios de enfermería (NF, en inglés), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/MR, en inglés) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan) para residentes de centros de atención médica a largo plazo de Medicare debe tener acuerdo contractual con los centros específicos de LTC (o ser propietario de estos y operarlos).

Plan Special Needs Plan (SNP) institucional y equivalente: un plan Special Needs institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que necesitan un nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. Se hará la evaluación con el mismo recurso de evaluación de nivel de atención del Estado respectivo y una entidad que no sea la organización que ofrece el plan estará a cargo de administrarla. Este tipo de plan Special Needs Plan puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de servicios de vida asistida (ALF, en inglés) contratado si es necesario, para garantizar un suministro uniforme de atención especializada.

Multa por inscripción tardía: monto agregado a su prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un plazo de 63 días consecutivos o más. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” por parte de Medicare para el pago de sus costos del plan de medicamentos con receta, no pagaremos una multa por inscripción tardía.

Lista de medicamentos cubiertos (“Vademécum”): lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Cargo máximo: el monto cobrado o el monto que Hometown Health Plan determina que es el cargo actual, lo que sea menos, por servicios en el área en la que se prestan. Los montos que superen el monto máximo permitido no se contemplan para el monto máximo de bolsillo para los servicios prestados por proveedores que no participan en el plan

Gasto máximo de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Los

montos que paga por las primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y por los medicamentos con receta no se contemplan para el gasto máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.3, para obtener información sobre el monto de su gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está 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 acerca de una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario: los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años de edad, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (en general, con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas inscritas en Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original o un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período fijo cada año en el cual los asegurados en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1.º de enero al 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Parte C de Medicare y es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, un plan PPO, un plan privado de tarifa por servicio (PFFS, en inglés) o una cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA, en inglés). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para unirse a cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de Descuentos durante el lapso en la Cobertura de Medicare: programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a asegurados de la Parte D, que hayan llegado a la Etapa de lapso en la cobertura y que no estén recibiendo ya "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuento, pero no todos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, tienen que cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada con contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, Programas de Demostración/Programas Piloto, y Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE, en inglés).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o B de Medicare.

Póliza "Medigap" (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las interrupciones ("gaps") en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Asegurado (asegurado de nuestro plan o "asegurado del plan"): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos por el plan, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia que forma parte de la red: una farmacia que forma parte de la red es donde los asegurados de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

Proveedor que forma parte de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud con licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores que forman parte de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos por el plan a los asegurados de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores que forman parte de la red sobre la base de los acuerdos que tiene con los proveedores, o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores que forman parte de la red también se pueden denominar "proveedores del plan".

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si están cubiertos artículos o servicios o el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este manual, las determinaciones de organización se denominan "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare "Tarifa por Servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica, de montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de Estados Unidos.

Farmacia que no forma parte de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias que no forman parte de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se verifiquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro que no forma parte de la red: un proveedor o centro con el que no tenemos un acuerdo para coordinar o brindar servicios cubiertos por el plan a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores que no forman parte de la red son aquellos que no son empleados del plan, ni el plan es su propietario ni el plan los opera, y no tienen contrato para suministrarle a usted servicios cubiertos. El uso de centros o proveedores que no forman parte de la red se explica en este manual en el Capítulo 3.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de "costos compartidos" anterior. El requisito de costo compartido de un asegurado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto "de bolsillo" del asegurado.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario. (Para fácil referencia, denominaremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte la Lista de medicamentos para ver la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos específicamente de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que se espera que

pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un plazo de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" por parte de Medicare para el pago de sus costos del plan de medicamentos con receta, no pagaremos una multa por inscripción tardía.

Prima: pago periódico a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los padecimientos de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención, y puede derivarlos a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden o no aparecer en nuestra Lista de medicamentos. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor que forma parte de la red recibe "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor que forma parte de la red reciben nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos.

Prótesis y órtesis: equipos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y equipos necesarios para remplazar una parte o función del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites que rigen la cantidad: recurso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Orden médica: la aprobación de su PCP para que reciba ciertos servicios cubiertos de proveedores que forman parte del plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia de lenguaje y habla y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde un plan de salud acepta asegurados si limita la participación según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también es en general el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en Centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o enfermero profesional certificado.

Período de inscripción especial: período en el cual los asegurados pueden cambiar de plan de salud o medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en 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 costos de medicamentos con receta, si se muda a un hogar de atención médica especializada o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan Special Needs (de necesidades especiales): tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica a determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de atención médica especializada o quienes padecen ciertos problemas de salud crónicos.

Especialista: médico que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen el oncólogo (trata a pacientes con cáncer), el cardiólogo (trata las afecciones del corazón) y los ortopedistas (tratan las enfermedades óseas). Usted necesita una remisión para programar una visita en el consultorio de un especialista del plan, excepto para un obstetra/ginecólogo y para un especialista de salud mental.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica: el estado de Nevada tiene un programa de ayuda para medicamentos denominado Nevada's SeniorRx. Ofrece asistencia con los medicamentos con receta a beneficiarios que cumplen con los requisitos. Debe vivir continuamente en Nevada durante al menos un año (12 meses consecutivos) antes de la fecha de solicitud, y debe cumplir con los requisitos de ingresos limitados. Si tiene entre 18 y 61 años, tiene una discapacidad comprobable y cumple los requisitos de ingresos limitados, puede cumplir con los requisitos para el programa Nevada's DisabilityRx.

Terapia escalonada: recurso de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su problema de salud antes de que podamos cubrir el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que sean discapacitados, ciegos o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los de Seguro Social.

Servicios de urgencia: se brindan servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o problemas de salud imprevistos no de emergencia que requieran de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores que forman parte de la red o no cuando los proveedores que forman parte de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente

Servicio al Cliente del plan Senior Care Plus Essential (HMO)

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
TELÉFONO	**Senior Care Plus**: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TELÉFONO	**TruHearing**: De manera gratuita al 1-844-341-9614. TTY 1-800-975-2674. De lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar de la montaña) La llamada a este número es gratuita.
TELÉFONO	**EyeMed:** 1-(866)-723-0513. De lunes a sábados, de 7:30 a. m. a 11:00 p. m. (hora del este) y los domingos de 11:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este). La llamada a este número es gratuita.
TELÉFONO	**Delta Dental**: De manera gratuita al 1-855-643-8513. La llamada a este número es gratuita. De lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico)
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	775-982-3741
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB	www.SeniorCarePlus.com

SHIP de Nevada

SHIP de Nevada es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-307-4444 o 1-877-385-2345
TTY	1-877-486-2048 (Medicare) Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	División de Servicios para la Vejez y la Discapacidad del Estado de Nevada 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706
SITIO WEB	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/ o www.accesstohealthcare.org

Cláusula de divulgación de la PRA. *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación incluya un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*