Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como asegurado del plan Senior Care Plus Select (HMO)

Este documento incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica y medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio Estatal de Retransmisión de Mensajes al 711). 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.

Este plan, el plan Senior Care Plus Select, es ofrecido por Senior Care Plus. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el Senior Care Plus Select Plan).

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, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas, sin cargo. 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.

Esta información se encuentra disponible en distintos formatos, incluido en sistema braille y letras grandes. Llame al Servicio al Cliente al número que aparece arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2024.

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. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender lo siguiente:

- La prima de su plan y los costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vencimiento: 29 de febrero de 2024)

- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.

- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vencimiento: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de cobertura de 2023

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.**

Chapter 1: *Getting started as a member* **5**

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué necesita a fin de ser elegible para ser asegurado de un plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá sobre la participación 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para el plan Senior Care Plus Select 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de participación de su plan 15
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 16

Chapter 2: *Important phone numbers and resources* **18**

SECCIÓN 1 *Contactos del plan* Senior Care Plus Select (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan) 19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Federal Medicare) 24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 26
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 27
SECCIÓN 5 Seguro Social 27
SECCIÓN 6 Medicaid 28
SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 29
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 32
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 32

Chapter 3: *Using the plan for your medical services* **34**

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan 35
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para su atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 40

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?..... 42
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?..... 43
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en un "centro religioso no médico dedicado a la salud"..... 45
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero..... 46

Chapter 4: *Medical Benefits Chart (what is covered and what you pay)*..... 48

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por el plan 49
SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para determinar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará..... 50
SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan? 108

Chapter 5: *Using the plan's coverage for your Part D prescription drugs*..... 116

SECCIÓN 1 Introducción..... 117
SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia que forma parte de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 117
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan" 121
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos..... 123
SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría?..... 124
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos? 127
SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?..... 130
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta..... 131
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 132
SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos..... 134

Chapter 6: *What you pay for your Part D prescription drugs*..... 137

SECCIÓN 1 Introducción..... 138
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 140
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de cobertura se encuentra..... 141
SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Senior Care Plus Select..... 143
SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 143

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de lapso en la cobertura 148
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos 148
SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 149
SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 149

Chapter 7: *Asking us to pay our share of a bill you have received for covered medical services or drugs* 151
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos 152
SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido 154
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa 155

Chapter 8: *Your rights and responsibilities* 156
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan 157
SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan 162

Chapter 9: *What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)* 165
SECCIÓN 1 Introducción 166
SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada 166
Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud (SHIP) 167
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 167
DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA 168
SECCIÓN 4 Guía de los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 168
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 170
SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 179
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 190
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto 197

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al nivel 3 y más allá 203
CÓMO PRESENTAR QUEJAS 207
SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas 207

Chapter 10: *Ending your membership in the plan* 211
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su participación en nuestro plan 212
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan? 212
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan? 215
SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 216
SECCIÓN 5 *El plan Senior Care Plus Select* debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones 216

Chapter 11: *Legal notices* 218
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 219
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 219
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 219
SECCIÓN 4 Aviso sobre las prácticas de privacidad 219
SECCIÓN 5 Aviso sobre la cesión 227
SECCIÓN 6 Aviso sobre la totalidad del contrato 227
SECCIÓN 7 Aviso sobre la renuncia de corredores de seguros 228
SECCIÓN 8 Aviso sobre la absoluta discreción del plan 228
SECCIÓN 9 Aviso sobre la divulgación 228
SECCIÓN 10 Aviso sobre la información de las instrucciones anticipadas 228
SECCIÓN 11 Aviso sobre la continuidad y la coordinación de la atención 230
SECCIÓN 12 Aviso sobre informar a las personas acerca de requisitos de no discriminación y accesibilidad y declaración de no discriminación 230

Chapter 12: *Definitions of important words* 232

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como asegurado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Senior Care Plus Select, que es una Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados mediante nuestro plan, el plan Senior Care Plus Select. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

El plan Senior Care Plus Select 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 (IRS, en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* explica cómo obtener su atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como asegurado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a los servicios y la atención médica y a los medicamentos recetados que usted tiene disponibles como asegurado del plan Senior Care Plus Select.

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 documento de *Evidencia de cobertura*.

Si se encuentra confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan Senior Care Plus Select cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*, 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 Select entre el 1.º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

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 Select después del 31 de diciembre de 2023. También podemos dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Senior Care Plus Select todos los años. Usted puede continuar obteniendo cada año 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 a fin de 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 tiene la Parte A y la Parte B del Programa Medicare
- -- *y* -- viva dentro de nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- -- y -- *sea un ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.*

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para el plan Senior Care Plus Select

El plan Senior Care Plus Select 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: Carson City y Washoe.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir estando asegurado por este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. 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 contacto del Seguro

Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 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 Select si usted no es elegible para seguir estando asegurado sobre esta base. El plan Senior Care Plus Select debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá sobre la participación

Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan

Mientras sea asegurado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de asegurado siempre que obtenga servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados 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 sea asegurado de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de participación en el plan Senior Care Plus Select, 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 para pacientes con enfermedades terminales o si participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también denominados estudios clínicos.

Si su tarjeta de asegurado está dañada, se le perdió o se la robaron, llame al Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores y farmacias* indica los proveedores y suministradores de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red. **Los proveedores que forman parte de la red**

son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, suministradores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido de un plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios que deben prestarse con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones cuando no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que el plan Senior Care Plus Select autorice el uso de proveedores que no forman parte de la red.

La lista más reciente de proveedores y suministradores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra 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. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red a la que desea acudir. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.seniorcareplus.com, o descargarla desde ese sitio web.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum).* La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan Senior Care Plus Select. 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 Select.

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, puede visitar el sitio web del plan (www.seniorcareplus.com) o llamar al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para el plan Senior Care Plus Select

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto mensual ajustado relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

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

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. *O bien,* el programa de "Ayuda Adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 proporciona más información sobre estos programas. Si usted cumple con los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* no sea aplicable para usted**. Le hemos enviado un anexo por separado, denominado "Evidencia de cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también denominado "Anexo para subsidio por ingresos bajos" o la "Cláusula adicional LIS"), que contiene información acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Servicio al Cliente y pida la "Cláusula adicional LIS".

Sección 4.1 Prima del plan

Como asegurado de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Durante el 2023, la prima mensual del plan Senior Care Plus Select es de $180.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare

Es adicional a la prima mensual del plan que paga.

Las primas de Medicare de la Parte B y de la Parte D difieren para las personas con ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2023*, la sección denominada "Costos de Medicare de 2023". Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo un asegurado del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los asegurados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos asegurados deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para la cobertura 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 recetados. "Una "cobertura de medicamentos recetados 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 recetados 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 Select, le informaremos el monto de la multa.

No tendrá que pagarla si:

- Si recibe el "Beneficio adicional" por parte del Programa de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Ha tenido cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos 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.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos recetados "válida" que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** Lo siguiente *no* constituye una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y

sitios web de descuento en medicamentos.

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

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. 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 el 2023, el monto promedio de la prima del plan es de $32.74.
- 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 el 14% de $32.74, que es $4.58. Esto debe redondearse a $4.60. 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.
- 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.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. 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. Sin embargo, 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.

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 4.4 Monto mensual ajustado relacionado con los ingresos

Es posible que algunos asegurados deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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. 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. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, 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 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan

Hay cuatro (4) maneras en las que puede pagar la multa. 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 en www.seniorcareplus.com, en nuestra oficina o podemos enviárselos por correo postal. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información.

Opción 1: Pago 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, Senior Care Plus 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

Cómo cambiar la forma en que paga su prima. Si decide modificar la forma en la que paga su prima, puede demorar hasta tres meses que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la prima de su plan se pague puntualmente. Para cambiar su prima, *comuníquese con el Servicio al Cliente para que le ayuden con esto.*

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

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

Si tiene problemas para pagar la prima puntualmente, comuníquese con el Servicio al Cliente para ver si podemos dirigirlo a los programas que lo ayudarán con sus costos.

Si finalizamos su participación debido a que no pagó sus primas del plan, tendrá cobertura

médica mediante Original Medicare. Además, 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. (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).

Si cree que hemos finalizado su participación de manera incorrecta, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente.
En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos entre lunes y domingo, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud en el plazo de 60 días después de la fecha de finalización de su participación.

Sección 5.2 ¿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 la parte de la prima que tiene que pagar no puede cambiar durante el año. Esto ocurre si es elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un asegurado cumple con los requisitos para el programa "Ayuda adicional" para los costos de los medicamentos con receta, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del asegurado. Un asegurado que pierde la elegibilidad durante el año necesitará comenzar a pagar su prima mensual total. Puede encontrar más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7 .

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de participación de su plan

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 cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna de esta información, infórmenos llamando a Servicio al Cliente. Para crear una cuenta de My Benefits Coverage, 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 contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

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. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

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. 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.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura grupal de salud de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden 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. Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, 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, en inglés):
    - 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 y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o si hay, 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 de que haya pagado Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 *Contactos del plan* Senior Care Plus Select (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 a Servicio al Cliente del plan Senior Care Plus Select. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME	**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.
LLAME	**Nations Hearing:** De manera gratuita al 1-(877) 200-4189. TTY 711. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La llamada a este número es gratuita.
LLAME	**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.
LLAME	**Liberty Dental:** Número gratuito 888-442-3193. La llamada a este número es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 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.

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
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 o apelación 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 o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. (No atendemos 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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
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 presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias que forman parte de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. 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
LLAME	**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 Select directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese a 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

Si ha recibido una factura o pagado servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del 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	Solicitudes de pago - Información de contacto
LLAME	**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, 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

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, determinadas personas menores de 65 años 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”, en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME	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 Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de atención médica especializada, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos 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 de Medicare:** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare y 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 Select: • **Infórmele su queja a Medicare:** Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Select 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 no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores local podrá ayudarlo a visitar este sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e indicar qué información busca. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (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 de Salud (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).

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

Los consejeros de Nevada SHIP 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 también pueden ayudarlo con las preguntas o problemas de Medicare y 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 "**Talk to Someone**" (Hablar con alguien) en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción 1: Puede **chatear en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción 2: 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
LLAME	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/or www.accesstohealthcare.org.

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

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 cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de atención para las personas con 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**
LLAME	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, 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 una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 La llamada a este número es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 8:00 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 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar sus costos de dicho programa, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen:

- **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
LLAME	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 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 recetados

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

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.

Si califica automáticamente para la "Ayuda adicional", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede obtener la "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados. 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 8:00 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 tiene 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 recetado 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 el Servicio al Cliente si tiene preguntas.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. 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, en inglés) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y sean elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en la lista de medicamentos de ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia del costo compartido de los medicamentos recetados 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: A fin de 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 cambia de plan, notifique al trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA de la Parte B (RWPB, en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nevada.

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.

Programas estatales de ayuda para medicamentos

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad, afección médica 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
LLAME	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 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. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
LLAME	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.
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 de salud 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 están impresos en la contraportada de este

documento). 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 recetados en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

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

En este capítulo se explica lo que 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, equipo, medicamentos recetados 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 por el costo de dicha atención, utilice la tabla 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"?

- **Los "proveedores"** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término "proveedores" también abarca a hospitales y otros centros de atención.
- **Los "proveedores que forman parte de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud 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 de equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

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 Select 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 Select cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluye en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que

estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) 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.
    - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para la atención médica de emergencia o los 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). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *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 los servicios de urgencia y de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted paga normalmente dentro 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 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está

disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un “PCP” y qué hace 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 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 una derivación 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 son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- 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 ayudar a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área).
- 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). Senior Care Plus no requiere que usted tenga una derivación para ver a un especialista; sin embargo, es posible que algunos especialistas no programen una cita para usted sin una derivación de su PCP. 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. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare 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 atención médica que cumpla con los requisitos para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.

- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar —y nosotros colaboraremos con usted para garantizar— que no se interrumpa dicho tratamiento que está recibiendo, el cual es necesario por razones médicas.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red.
- 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 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 a presentar una queja de calidad de atención a la QIO, una queja de calidad de atención al plan o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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. Le enviaremos nuestra determinación a usted y a su proveedor.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

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 (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad o daños graves en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica 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. No es necesario que use un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus

territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **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 un 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 caso de una emergencia médica?

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. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para la atención adicional. 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 afección médica 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 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 bien,* la atención adicional que recibe se considera “servicio de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, 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"?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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 desastres declarados por el Presidente)
- www.phe.gov/preparedness/Pages/default.aspx/ (para desastres declarados por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. [HHS])
- www.dem.nv.gov/ (para desastres declarados por el Gobernador de Nevada)

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 un desastre no puede acudir a una farmacia que forma parte de la red, puede surtir los medicamentos recetados 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?

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

Si pagó más que el costo compartido de su plan 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 Select cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no cubre nuestro plan o servicios que se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted también 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 al 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 “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted expresa interés, un miembro del personal a cargo del estudio se comunicará con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si 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. Si nos informa que está participando en un estudio clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios en ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de participación en los costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la participación en los costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. 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 en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u 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.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en estudios clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red 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. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

> *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 la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Luego, debe notificar a su plan que recibió un servicio de estudio clínico calificado y presentar documentación como una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura de proveedor.

Cuando 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 en un estudio.
- 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 afección médica normalmente exigiera una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en 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 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. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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, andaderas, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, 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. Sin embargo, como asegurado del plan Senior Care Plus Select, en general no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan, incluso si realizó 12 pagos consecutivos por el artículo de DME conforme a Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de DME a usted. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información.

¿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 realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tiene que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare a fin de obtener la propiedad del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, el plan Senior Care Plus Select 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 Select o ya no necesita equipos de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por oxígeno). Después de cinco años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

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

Este capítulo proporciona 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 Select.
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 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.

- 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.

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

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad total 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. Este límite se denomina desembolso máximo. Para el año calendario 2023, este monto es de **$1,550.**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos por el plan que forman parte de la red se contemplan para este monto máximo de gasto de bolsillo. Los montos que paga por la multa por inscripción tardía de la Parte D y por los medicamentos recetados de la Parte D no se contemplan para el gasto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo de gasto de bolsillo. Si alcanza el gasto máximo de bolsillo de **$1,550**, 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 y la prima del plan de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B). La prima del plan y la prima

de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima 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.
Es posible que los proveedores no agreguen otros cargos adicionales, denominados "facturación de saldos adicionales". Esta protección 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 o para emergencias o servicios de urgencia).
    - 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 o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicio al Cliente.

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 Select y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. 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, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *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 afección médica 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, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- 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 2023*. 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 una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio de prevención, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el 2023, 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 debe 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 derivación para el examen 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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 (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/las enfermeras clínicas especializadas (CNS) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • 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, en inglés); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir,	**Copago de $15** por visita y 20 visitas como máximo.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. 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***	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe 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 transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. **Corresponde el transporte que no sea de emergencia en ambulancia si está documentado que la afección del asegurado amerita este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y dicho transporte es médicamente necesario.** 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. 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.
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.	Usted paga **$0** por un examen físico anual. Si recibe servicios para solucionar una afección médica durante la misma visita al consultorio, se podría aplicar un costo compartido adicional.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
No es necesario programar las visitas para el examen físico anual con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por año calendario.	
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 sus 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.
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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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. *Es posible que reciba este servicio por su cuenta, sin una derivación de su PCP siempre y cuando lo brinde 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 (más de 40 años) o del límite de uso (1 cada 12 meses).
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 una derivación 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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 o 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).
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino 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 vaginal o de cuello uterino, o si el resultado de una prueba de Papanicolaou fue anormal en 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 derivación de su PCP siempre y cuando lo brinde un proveedor del plan*	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou 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 que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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).
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 con guayacol 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. **Aviso:** 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	**Servicios dentales preventivos**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: • Servicios dentales preventivos o Exámenes bucales o Limpiezas • Servicios de diagnóstico dental o Radiografías dentales • Servicios dentales integrales o Servicios no rutinarios o Servicios de restauración o Servicios de endodoncia o Servicios de periodoncia o Extracciones o Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales **Los servicios de diagnóstico y prevención** no se aplican a su límite de cobertura dental. **Servicios dentales integrales:** El plan paga hasta **$1,500** cada año por servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental. Nuestro plan se asocia con LIBERTY Dental Plan para brindarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicio al Cliente al (888) 442-3193 o buscar en el directorio de proveedores en línea de LIBERTY Dental Plan en www.libertydentalplan.com/SCP. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos. Los cargos se basan en los cargos contratados para dentistas dentro de la red. El reembolso se paga sobre las asignaciones contractuales del LIBERTY Dental Plan y no	**y de diagnóstico no cubiertos por Medicare:** • Exámenes bucales: copago de $0 * • Limpiezas: copago de $0 * • Tratamientos con flúor: Sin cobertura • Radiografías dentales: copago de $0 * **Servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare:** • Servicios que no son de rutina: copago de $0 * • Servicios de restauración: copago de $0 * • Endodoncia: copago de $0 * • Servicios periodontales: copago de $0 * • Extracciones: copago de $0 * • Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales: copago de $0 ** ***Se aplican frecuencias y limitaciones** Algunos servicios están sujetos a revisión para determinar si son necesarios y adecuados en función de los estándares de la industria y las pautas clínicas de Liberty.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
necesariamente sobre los honorarios reales del dentista.	Para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos y las frecuencias, visite SeniorCarePlus.com

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe 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 primaria que pueda brindar derivaciones y/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 debe 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 calzado ortopédico a medida (incluidas las plantillas provistas con dicho calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de calzado de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no a medida proporcionadas con dicho 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 10%** 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 obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento). 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 intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andaderas. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro suministrador en su área no distribuye una marca o un fabricante en	**Coseguro del 10%** del costo de cada artículo cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com. Generalmente, el plan Senior Care Plus Select cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los 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 Select y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante 90 días, como máximo. 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 afección médica. (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 $100.*	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe 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 (y, si es una mujer embarazada, la muerte del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica 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 $125** 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 $125** por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficio de acondicionamiento físico Senior Care Plus ofrece una afiliación de gimnasio en gimnasios seleccionados dentro de nuestra área de servicio para los asegurados activos que estén inscritos en el plan Senior Care Plus Select. Visite www.seniorcareplus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con el 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 beneficio de acondicionamiento físico.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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 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. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing: • Exámenes de audición de rutina: un examen por año • Audífonos: **copago de hasta $400** para el costo de hasta dos audífonos de NationsHearing en cada período de beneficios. Usted es responsable de cualquier costo restante después de que se aplique el máximo de beneficios del plan. • Evaluaciones de ajuste de audífonos: una evaluación/ajuste de audífonos por año Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:	Exámenes de audición cubiertos por Medicare: **copago de $35** Servicios de audición no cubiertos por Medicare: Examen de audición de rutina: **copago de $0** Ajuste y evaluación de audífonos: **copago de $0** Los precios de los audífonos varían según el nivel de tecnología seleccionado.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• 3 visitas de seguimiento dentro del año del plan. • Período de prueba de 60 días desde la fecha de ajuste • 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (puede aplicarse un deducible por audífono) • Primer juego de moldes del oído (cuando sea necesario) Nuestro plan se ha asociado con NationsHearing para proporcionar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al **(877) 200-4189 (TTY:711)** para obtener más información o para programar una cita.	
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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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 médico a domicilio (cubiertos conforme al beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de asistente médico 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 debe 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 10%** por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención médica para pacientes terminales Usted califica 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. Puede recibir atención de cualquier programa para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. 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. Cuando se autoriza su internación en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. 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: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor de cuidados paliativos 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 pacientes con enfermedades terminales, su proveedor de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.	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 las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal en lugar del plan Senior Care Plus Select. **Copago de $15** por cada visita con un especialista de servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal: 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 y sigue las normas del plan (por ej., si existe un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos por el plan de un proveedor que forma parte de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, 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 compartido del plan establecido en los Honorarios por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios cubiertos por el plan Senior Care Plus Select pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: El plan Senior Care Plus Select 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 medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos simultáneamente por el centro para pacientes con enfermedades terminales y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 *(Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare*). **Aviso:** Si necesita atención que no sea para pacientes con	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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.	
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos son los siguientes: • Vacuna contra la pulmonía. • Vacunas contra la COVID-19. • Vacuna antigripal, cada temporada de gripe durante el otoño y el invierno, con vacunas antigripales 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 recetados de la Parte D.	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.	**Preferido:** **Copago de $175** por día para los días de 1 a 3. **Copago de $0** por día para los días de 4 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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• 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 aceptar la tasa de Original Medicare. Si el plan Senior Care Plus Select proporciona servicios de trasplante en un lugar alejado del lugar habitual de atención médica para trasplantes en su comunidad y usted decide recibir un trasplante en ese lugar lejano, 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.	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 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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Aviso: 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 Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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.	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 pacientes hospitalizados 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 pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos por el plan incluyen servicios de salud 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.	**Preferido:** **Copago de $175** por día para los días de 1 a 3. **Copago de $0** por día para los días de 4 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.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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: • 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. • 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. • 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. • 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*	Los servicios cubiertos de la “Parte B” están cubiertos del mismo modo en que estarían cubiertos si fueran prestados en un centro para pacientes ambulatorios. Cuando su hospitalización ya no cuente con cobertura, estos servicios se cubrirán tal como se describe en las siguientes secciones: Consulte más abajo “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico”. Consulte más abajo “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”. Consulte más abajo “Prótesis y suministros relacionados”. Consulte más abajo “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica 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 derivadas 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados 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 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, anestesia local y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina 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 recetados de la Parte B puede tener un	**Coseguro del 0%-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 reciba los servicios de infusión o la administración del medicamento. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo por atención médica. Estos medicamentos recetados están cubiertos en virtud de la Parte B y no tienen cobertura en virtud del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) y, por lo tanto, no se computan para su máximo de bolsillo de la Parte D de Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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 la misma afección médica, 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 recetados de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos recetados 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 primaria, 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento con opioides (OTP, en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para tratamientos con agonistas (MAT, en inglés) y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés). • 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 $35** 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, electrocardiogramas, estudios vasculares, pruebas de	Usted paga un **copago de $45** por las radiografías cubiertas por Medicare. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias radiografías. Usted paga un **copago de $50** por las visitas de radioterapia cubiertas por Medicare. Usted paga **$0 de copago** 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 de copago** 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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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, ultrasonido, imágenes cardíacas nucleares, tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés), imágenes por resonancia magnética y tomografías computarizadas. **Aviso:** 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. 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).	(pruebas de anticoagulantes). Usted paga un **copago de $250** 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 $90** por imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear. Usted paga un **copago de $80** por tiras reactivas de INR y análisis genéticos especializados. Usted paga **$0 de copago** por los servicios de hematología cubiertos por Medicare. Usted paga **$0 de copago** 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 $250** por sigmoidoscopias flexibles no preventivas que se realicen durante una visita como paciente ambulatorio.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe 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 para pacientes ambulatorios. **Aviso:** 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 Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 $225** 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 que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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 de salud 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 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	**Preferido:** **Copago de $225** 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. La biopsia, exploración y extirpación de cuerpos extraños o pólipos durante una colonoscopía preventiva tienen un copago de

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
medicamento. **Aviso:** 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 Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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.***	$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 $35** por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe 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 $15** por cada visita de terapia ocupacional/fisioterapia y terapia del habla/del lenguaje cubierta por Medicare. **Copago de $15** 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 $25** por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios **Aviso:** 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 un copago de **$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 un **copago de $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 quirúrgico para pacientes

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	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 examen de detección 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 en hospital como paciente hospitalizado” en este cuadro para conocer el costo compartido del hospital que se aplica). 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos de venta libre Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos de venta sin receta. Puede hacer el pedido: • En línea: visite SeniorCarePlus.nationsbenefits.com • Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia de los Asegurados de NationsBenefits al **(877) 200-4189 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y envíe el formulario de pedido en el catálogo de productos NationsBenefits/Senior Care Plus.	Tiene una asignación de **$160** cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta sin receta aprobados por el plan. Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral de artículos de venta sin receta cuando realiza su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios de artículos de venta sin receta.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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 $35** por cada visita cubierta por Medicare.
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. • 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 incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. Los servicios específicos 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 afiliado. • Determinados servicios adicionales de 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. Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una	**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. **Copago de $10** por visita a un centro de atención sin citas. **Copago de $15** 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. 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
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.	
• 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. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud. o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud o Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente calificados. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si** es que: o Usted no es un paciente nuevo **y** o el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** o 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:	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
○ 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. • 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). 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 comunicarse 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de podología 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 ciertas afecciones médicas que afecten las extremidades inferiores.	**Copago de $25** 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 digital del recto. • Prueba del antígeno específico de la próstata (PSA, en inglés)	No hay coseguro, copago ni deducible para cada examen digital del recto 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 debe 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 10%** por cada prótesis o dispositivo ortésico cubierto por Medicare, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos, y suministros relacionados. Usted paga un **coseguro del 10%** 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficio de recompensas Puede usar su beneficio de recompensas en la tarjeta prepagada Healthy Rewards Mastercard®. Gane hasta $400 en asignación de recompensas por año. Las recompensas están disponibles para los asegurados que completen actividades específicas relacionadas con la salud durante el año calendario según los criterios de elegibilidad. Las actividades relacionadas con la salud pueden incluir, entre otras:	No hay copago ni coseguro para el programa Healthy Rewards. *Es posible que se apliquen copagos de diagnóstico o del consultorio.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Evaluación integral de la salud • Evaluación de riesgos de salud de Medicare (DSNP) • Examen de detección del cáncer de pecho • Examen de detección de cáncer colorrectal • Examen de la retina para diabéticos • Hemoglobina A1c para diabéticos • Cumplimiento con el medicamento El dinero de sus beneficios puede gastarse en tiendas minoristas participantes. Para obtener una lista completa de los minoristas participantes y los productos elegibles, visite SeniorCarePlus.com. Los dólares de recompensa pueden canjearse en cualquier momento siempre y cuando usted sea un asegurado activo de Senior Care Plus. Este beneficio no reemplaza sus beneficios independientes actuales y está diseñado para recompensar a los asegurados por asumir un rol activo en su salud. El beneficio de Recompensas es solo para su uso personal, no puede venderse ni transferirse y no tiene valor en efectivo. Las recompensas no se pueden usar para la compra de alcohol, tabaco o armas de fuego. Recibirá su tarjeta una vez que haya completado la primera actividad elegible. Su tarjeta debe activarse antes de usar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en SeniorCarePlus.nationsbenefits.com/activate. Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un Asesor de Experiencia del Asegurado al **877 200-4189 (TTY:711),** las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. También puede encontrar más información en SeniorCarePlus.com.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe 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.	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.
Si la evaluación para detectar la presencia de abuso de alcohol da positivo, 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 primaria en un entorno de atención primaria.	
Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) 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 50 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para el 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 derivados 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 o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente). • 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 la cobertura para los Medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección “medicamentos recetados 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de "atención en centros de enfermería especializada" consulte el Capítulo 12 de este documento. 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 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. • 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 dentro de la red para un centro que no sea un proveedor 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	**Copago de $20** por día para los días 1 a 20 por una estadía en un centro de enfermería especializada. **Copago de $100** 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 debe pagar cuando recibe estos servicios
brinde atención de centro de enfermería especializada). • 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.
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	**Copago de $15** por ejercicio terapéutico supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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.	
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 de urgencia Se proporcionan servicios de urgencia para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o es irrazonable, obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Cobertura mundial para “servicios de urgencia” cuando se	**Copago de $20** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un “centro preferido”. **Copago de $45** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un centro “no preferido”. **Copago de $45** 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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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.	preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc. **Copago de $20** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un "centro preferido".
Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web para registrar su cuenta: member.teladoc.com/signin. También puede comunicarse 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 comunicar con Dispatch Health llamando al 775-419-2710 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. todos los días. Puede obtener más información sobre Dispatch Health en** www.dispatchhealth.com.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención 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 antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética 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 años.	**Copago de $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. **Copago de $0** por cada examen de la vista de rutina anual. Asignación de hasta **$250** cada año que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto.
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.	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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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".	
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.

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.

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, excepto en virtud de las condiciones específicas enumeradas 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. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide: según la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o haber cubierto 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 documento.)

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Procedimientos o cirugías cosméticas		• 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.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Atención de custodia 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 de asesoramiento o derivación a los que nuestro plan se opone por motivos morales o religiosos. En el caso de nuestro plan, no brindamos servicios de asesoramiento o derivación 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	✓	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
primaria para estos procedimientos es la esterilización. Procedimientos para revertir la esterilización, dispositivos de vacío para la erección o suministros anticonceptivos sin receta.		
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales. Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que según 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).
Equipos o suministros de aire acondicionado, almohadillas de calor, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado, medias de compresión y otros equipos, básicamente, 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.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Vacunas para viajes al extranjero.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental no de rutina		✓ La atención dental necesaria para tratar una 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.	✓	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		✓ Zapatos que forman parte de un soporte para la pierna y están incluidos en el costo del soporte. Calzado terapéutico u ortopédico para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería	✓	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
especializada como un teléfono o televisor.		
Medicamentos con receta, incluso, entre otros, medicamentos compuestos.		✓ Estos medicamentos recetados solo estarán cubiertos si están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.
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 la 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

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
		cubiertos para personas después de la cirugía de cataratas.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Pruebas de audición de rutina, audífonos o pruebas para ajustar audífonos.		✓
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.	✓	
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas		✓

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
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 la cirugía de cataratas.
Atención de rutina de los pies		✓ Cierta cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
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.
Los servicios que recibe sin autorización previa, cuando la autorización previa es	✓	Los servicios que recibe sin autorización previa, cuando la

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
necesaria para recibir ese servicio (este manual brinda una definición de autorización previa e indica qué servicios la requieren).		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 una revisión del caso
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
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.

CAPÍTULO 5:
Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se **explican las reglas para usar su cobertura de los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Sección 1.1 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 hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que le recete) le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El médico que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, tiene que acudir a una farmacia que forma parte de la red para surtir su medicamento recetado. (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 (Vademécum)* (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 recetados en una farmacia que forma parte de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias que forman parte de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados 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 recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 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.

Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias que forman parte 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 del Servicio al Cliente 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?

Algunas recetas se deben surtir 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 tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con el 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 ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicio al Cliente.

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

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo postal son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica 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 del Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada) o utilice 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 recetado no estará cubierto.

Por lo general, un pedido de farmacia de pedido por correo se le entregará en no más de 10 a 14 días. Si se retrasa su pedido por correo, comuníquese con el 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. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si la nueva receta debe enviarse, demorarse o detenerse.

Cómo volver a surtir los medicamentos recetados 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 medicamentos, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamentos suficientes o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia al menos 14 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

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.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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 una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas que forman parte de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo a un costo compartido menor. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costos compartidos más bajos. En este caso, será responsable de pagar la diferencia de precio. Su *Directorio de farmacias* muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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. **Consulte primero a Servicio al Cliente** para ver si hay alguna farmacia que forma parte de la red cerca de usted. Es muy probable 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.

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 recetado de emergencia.

¿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 normal 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 (Lista de medicamentos)"*. 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 de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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:

- Aprobado por la Federación de Medicamentos y Alimentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se ha recetado.
- *O bien,* cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como la de la 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 de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de fármacos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

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

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

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.
4. Solicite un vademécum llamando al Servicio al Cliente al 775-982-3112. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están 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 recetados, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlo y alentar a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro, de bajo costo funciona 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.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las secciones siguientes contienen más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

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. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener cobertura para el 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 el Capítulo 9)

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, en lugar del medicamento de marca.**Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará en su caso *o bien* ha escrito "No se admiten sustituciones" en la receta médica para un medicamento de marca, *o bien* nos ha informado el motivo médico por el que un medicamento genérico u otro medicamento cubierto que tratan 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**." Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar 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 la misma afección médica, 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 puede obtener cada vez que le surten un medicamento recetado. 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 recetado a solo una pastilla por día.

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

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que usted tome, o uno que usted y su proveedor consideren que usted debería tomar, que no aparece en nuestro vademécum o que

aparece, 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, según lo explicado en la Sección 4.
- 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.
- Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría. 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, estas son las opciones:

- Quizá pueda obtener un suministro provisional del 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 determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le ofrece tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir qué acciones tomar.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si es un nuevo asegurado,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de ser asegurado del plan**.**
- **Si estaba en el plan el año anterior,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si la receta médica es por

menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. El medicamento recetado 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) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de 31 días de emergencia de un medicamento específico, o menos si la receta médica sea para menos días. Esto es adicional al 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.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente.

Al usar un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. 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.

2) Puede pedir que hagan una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción 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. 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 del vademécum o

se restringirá de algún modo el año próximo, le notificaremos cualquier cambio antes del nuevo año. 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, 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. Llame 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.

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 hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Mover un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costos compartidos**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **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, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. A continuación, destacamos los momentos en los que recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan 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)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. 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 cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
    - Incluso si en la actualidad está tomando el medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio. 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.
    - Usted o la persona que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso. Consulte el Capítulo 9

para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

- **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)**
  - Podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica del mismo medicamento. Podremos decidir mantener al medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas cuando se agrega el medicamento genérico.
  - Si un medicamento de marca que usted toma es reemplazado por un medicamento genérico o se mueve a un nivel de costos compartidos más alto, tenemos 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.

    Después de recibir una notificación del cambio, debe colaborar con su proveedor para cambiarlo por el medicamento genérico o por un medicamento diferente que cubramos.
  - Usted o la persona que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos 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.
  - Para estos cambios, 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 una notificación del cambio, debe colaborar con el profesional que le emite la receta para cambiarlo por un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
  - Usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y

continúe cubriendo el medicamento en su caso. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son los siguientes:

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

Si cualquiera de estos cambios se produce para un medicamento que está tomando (excepto 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 restricciones adicionales en su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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).
- La cobertura está autorizada para “uso para una indicación no autorizada” solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como de la 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).

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 para fomentar la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas de resfrío.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos 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 por 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 documento).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de participación

Para surtir su receta, proporcione la información de participación de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de participación, en la farmacia que forma parte de la red que elija. La farmacia que forma parte de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de asegurado consigo?

Si no tiene su información de asegurado consigo cuando surta el medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo del medicamento recetado 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 recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

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 usan una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que use siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para comprobar si la farmacia de su LTC o la farmacia que usa forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio al Cliente. Si está en un centro LTC, tenemos que asegurarnos de que pueda recibir regularmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

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

En general, si tiene cobertura como empleado o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. 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 recetados para el próximo año calendario es “válida”.

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 esto aviso acerca de cobertura válida, porque es posible que lo necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya 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 el aviso de cobertura válida, solicite una copia 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?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare y requiere un medicamento determinado (por ej., 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 que debería estar cubierto por nuestro plan, solicite a su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales o al profesional que le receta que nos envíe la notificación antes de que surtan su 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 sus medicamentos como se explicó en este documento. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del

centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare, lleve a la farmacia documentación para verificar su revocación o alta.

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.

Realizamos una revisión cada vez que surte un medicamento recetado. 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 la misma afección.
- 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 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 10.2Programa de manejo de medicamentos (DMP) para que los asegurados usen los medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda 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 (DMP, en inglés). 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. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

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

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos que deben aplicarse en su caso. 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 o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que le receta tienen derecho a apelar. Si apela, 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.

No será colocado en nuestro programa de manejo de medicamentos (DMP) si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, o si está recibiendo atención médica para pacientes con enfermedades terminales, cuidados paliativos o atención al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Administración de terapia con medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asegurados con necesidades de atención médica complejas. Nuestro programa se denomina Programa de gestión de terapias con medicamentos (MTM, en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos asegurados que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas 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). Un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, cuanto debe tomar y cuándo y por qué los toma. Además, los asegurados que estén en el programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de

manera segura los medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Asimismo, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (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. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, comuníquese con el Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿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 recetados" (también denominado "Anexo para subsidio por ingresos bajos" o la "Cláusula adicional LIS"), que contiene información acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Servicio al Cliente y pida la "Cláusula adicional LIS".

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 los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos 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, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas.

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

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido", y existen tres maneras en las cuales podemos solicitarle que pague.

- El **"deducible"** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **"Copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas respecto de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen 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):

- El monto que paga por los medicamentos cuando 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 recetados 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, 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 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 $7,400 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

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- 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 que no se incluyen en la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que realiza respecto de los medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan respecto de sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted se encontraba en la Etapa de 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 llamando al Servicio al Cliente.

Cómo puede realizar el seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos**. El informe de la EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance $7,400, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de lapso en la cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, se brinda información sobre lo que puede hacer para ayudar a que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

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 Select?

Hay cuatro "etapas de cobertura para medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados conforme al plan Senior Care Plus Select. Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento en que surte un receta o vuelve a surtirla. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

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

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

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 recetados y los pagos que ha realizado cuando surte sus medicamentos recetados 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.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). En la EOB de la Parte D, se incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes**. En este informe, se proporcionan los detalles de pago de los medicamentos recetados 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.** 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 e información sobre incrementos en el precio desde la primera vez que lo surtió para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Alternativas disponibles de medicamentos recetados de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos 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 una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de saber qué medicamentos recetados está surtiendo y qué está pagando.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede suministrarnos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de 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 proporcionan 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.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **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. 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. Mantenga un registro de estos pagos y envíenos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Senior Care Plus Select

No hay deducible para el plan Senior Care Plus Select. Usted comienza en esta etapa de cobertura inicial cuando surte su primer medicamento recetado 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 recetado 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 recetado 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.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar.
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias que no forman parte de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos los medicamentos recetados surtidos en farmacias que no forman parte de la red.
- 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 y el *Directorio de proveedores y farmacias del plan.*

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.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos.

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo al obtener un suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro 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** (suministro de hasta 90-100-días)	**Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC, en inglés)** (suministro de hasta 31 días)
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $6	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $6
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de $8 **Insulinas seleccionadas** Copago de $20	Copago de $0 **Insulinas seleccionadas** Copago de $12	Copago de $0 **Insulinas seleccionadas** Copago de $24	Copago de $8 **Insulinas seleccionadas** Copago de $20
Costo compartido del nivel 3 (de marca preferido)	Copago de $47 **Insulinas seleccionadas** Copago de $35	Copago de $41 **Insulinas seleccionadas** Copago de $35	Copago de $82 **Insulinas seleccionadas** Copago de $87.50	Copago de $47 **Insulinas seleccionadas** Copago de $35
Costo compartido del nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de $100	Copago de $94	Copago de $188	Copago de $100
Costo compartido del nivel 5 (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 $6	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $6

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 recetado cubre el suministro de un mes completo. En ocasiones, quizá usted o su médico deseen obtener un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). 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 ayuda a planear de mejor manera

las fechas en las que deberá volver a surtir diferentes recetas.

Si recibe un suministro de menos de un mes de determinados medicamentos, usted no deberá pagar el suministro de un mes completo.

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.

- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. 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.

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"). Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días.

En la siguiente tabla, se muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo, de 90 días, de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo al obtener un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro 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 $15	Copago de $0	Copago de $0
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de $20	Copago de $0	Copago de $0
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 no preferidos)	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 $15	Copago de $0	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 los $4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido alcance el límite de **$4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a realizar un seguimiento respecto de la cantidad que usted, el plan, así como cualquier tercero, hayan pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de $4,660. Si alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de lapso en la cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de lapso en la cobertura

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. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso en la cobertura.

Continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcanzan un monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcanza este monto de $7,400, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Medicare tiene normas respecto de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

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

Usted ingresa a la Etapa de cobertura para casos catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $*7,400* 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. Usted pagará:

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que resulte *mayor* entre los siguientes:
  - – *O* coseguro del 5% del costo del medicamento
  - – *O bien*, $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y $10.35 para el resto de los medicamentos.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

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 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **administración de la vacuna**. (Esto a veces se denomina “administración” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna cubierta por la Parte D dependen de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el *Cuadro de beneficios médicos ([lo que está cubierto y lo que usted debe pagar]* 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 obtiene la vacuna.**

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué Etapa de medicamentos se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitarle al plan que le reembolse su parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted se 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 copago para la vacuna que incluye el costo por administrarla.
- Nuestro plan pagará el resto del costo.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le rembolsará el monto que haya pagado menos su copago normal para la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y, luego, la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Deberá pagar a la farmacia su copago 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.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que advierta que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En estos 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. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

En otras oportunidades, es posible que un proveedor le facture el costo total de la atención médica recibida o posiblemente más de su parte de los costos compartidos según lo analizado en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la 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. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor es contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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 o urgencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que forme o no parte de nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencias están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si, accidentalmente, 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.
- Es posible que 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. 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.
- 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. (Esto 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, como recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia que no forma parte de la red para surtir un medicamento recetado

Si acude a una farmacia que no forma parte de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente la reclamación. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su medicamento recetado.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado 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 recetado.

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 recetado 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 documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Puede ser una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para que los conserve como constancia. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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 llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Senior Care Plus
10315 Professional Circle
Reno, NV 89521

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, 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.

- 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. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago 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 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. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (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.).

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los asegurados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de asegurados 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 el Servicio al Cliente.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención de salud preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especialistas fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante el Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que proporcione y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar un especialista

de la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red del plan de los proveedores *dentro de una cantidad de tiempo 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 recetados 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 el 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 de salud 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.
- Tiene derechos relacionados a su información y a controlar cómo se usa su información de salud. 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.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- 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.
    - Estamos obligados a difundir información de salud a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de atención.
    - Puesto que es un asegurado de nuestro plan por medio de Medicare, tenemos la obligación de darle a Medicare información de salud sobre usted que incluye información acerca de los medicamentos recetados 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. En general, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

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 de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

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 Select, tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información.

Si desea obtener algún tipo de información de la que aparece a continuación, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias que forman parte de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información 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.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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. Sus proveedores deben explicarle cuál es su afección médica 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.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, 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.

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.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada, 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 comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar los formularios.
- **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 formulario que puede tomar las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted. También le recomendamos que entregue copias a sus amigos más cercanos o sus familiares. Conserve una copia en su casa.

Si tiene una hospitalización programada y tiene una instrucción anticipada firmada, **llévese una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de directiva 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 no se respetan sus instrucciones?

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	**Junta de Medicina Osteopática del Estado de Nevada**
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	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, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa qué puede hacer. Sin importar lo que haga

(solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa**.

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, orientación sexual 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:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 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:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, 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 bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como asegurado del plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente si tiene preguntas.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos por el plan y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *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 detalles sobre sus servicios médicos.
    - En los Capítulos 5 y 6, encontrará los detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos recetados que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **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 recetados 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 ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de 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 sin receta, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.

- **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:
    - Debe pagar las primas de su plan.
    - Usted tiene que seguir pagando una prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo un asegurado del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte de los costos cuando recibe el servicio o medicamento.
    - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos recetados.
    - Si se le requiere que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted deberá seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para poder seguir estando asegurado por el plan.
- **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 *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir estando asegurado por nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

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 problemas, usted deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, usted tendrá que recurrir al **proceso de presentación de quejas,** también llamado queja formal.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía que se encuentra en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado para usar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos 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 facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de 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. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más precisa para 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 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que desee que lo ayude o guíe una persona que no esté conectada con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. 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 y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con 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?

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.

¿Tiene algún problema o alguna inquietud con respecto a sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si algún tipo de atención médica o medicamento recetado está cubierto o no, la forma en que lo está y los problemas relacionados con el pago por la atención médica o medicamentos recetados.

Sí.

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, "Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura".**

No.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el 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

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados, incluido 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.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

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 deriva 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 cree que necesita. 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, podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, las cuales analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada sobre una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra

decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 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 de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no rechazamos su caso, pero damos una respuesta negativa para una parte o la totalidad de su apelación 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. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales (La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelación:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com.)
    - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el nivel 1, automáticamente se enviará al nivel 2.
    - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, su médico o persona que receta puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **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.
    - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al

Servicio al Cliente y solicite el formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com.) 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.

- 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.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 diferentes 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 recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando 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. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

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 documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican reglas diferentes a una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué aspectos las reglas correspondientes a los medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección, se 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. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

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. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Ha recibido atención médica que cree que el plan debería cumplir, pero hemos dicho que no pagaremos esa atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que considera que el plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esa atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

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. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

   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), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **"determinación de la organización"**. Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación acelerada".**

Paso 1: Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Una "decisión de cobertura estándar" generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una "decisión de cobertura rápida" se toma dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura de atención médica *que aún no haya recibido*.
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si usar las fechas límite estándar puede *causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad física.*
- **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 no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  - Explica que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- 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. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento recetado 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,** si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o

servicio médico. Si tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado

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 recetado de la Parte B de Medicare, responderemos dentro de un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más.** Si tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

- **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 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión, mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación significa que usted va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina "reconsideración". **del plan.** Una "apelación rápida" también se llama **"reconsideración acelerada"**.

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, se presenta una "apelación estándar" dentro de los 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deben decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su salud requiere de una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los que se necesitan para obtener una "decisión de cobertura rápida" que se menciona en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **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 sobre la 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 pueden incluir 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. Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos otra vez cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Para apelaciones 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 tomamos unos días adicionales, le informaremos por

escrito. No podemos tardar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado 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. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Para apelaciones estándar, debemos responderle dentro de los **30 días calendario** después de recibir su apelación. 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 tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

  - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
  - Si no le comunicamos una respuesta dentro de la fecha límite anterior, (o al final del plazo extendido) remitiremos su solicitud al Nivel 2 de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o proporcionar la cobertura 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 nuestro plan rechaza la totalidad o parte de su apelación,** enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**.A veces se denomina **"IRE".**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- 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**.
- 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

- Para la "apelación rápida", 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

- Para la "apelación estándar", 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. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión en el caso de las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **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 se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Que explica su decisión
  - Que le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. 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.
  - Cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, 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 explica 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?

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar 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 la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto por el plan. También verificaremos si siguió todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aprobamos 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 dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si no aprobamos su solicitud**:Si la atención médica *no* está cubierta o si *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos los servicios y los motivos.

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. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de 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 a usted o al proveedor el pago que solicitó 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

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 incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **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 recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D". También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que no se puede surtir su medicamento recetado según lo indicado en la receta, la farmacia le enviará un aviso por escrito donde se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **"determinación de cobertura"**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- 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). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de**

cobertura. Sección 6.4

- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos que le realicemos un reintegro. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedirnos la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción al vademécum"**. La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una **"excepción al vademécum".** Pedir pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina pedir una **"excepción en los niveles".**

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.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. 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. Si estamos de acuerdo para cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, usted tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplique a los medicamentos de Nivel 4. No puede pedir una excepción a un monto de costo compartido que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.

2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y eximir una restricción puede pedir una excepción al 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 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el nivel de

costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

- 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.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- 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 sean genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costo compartido para un medicamento del nivel 5.
- 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 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 sea 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, puede solicitar otra revisión al presentar una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Las "decisiones de cobertura estándar" se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. **Las "decisiones de cobertura rápida"** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión rápida de cobertura." **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró).

- 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 informa que su salud exige una "decisión de cobertura rápida", le proporcionaremos automáticamente 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 no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos los plazos estándar.
    - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
    - Le informa 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. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de recibida.

Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos 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 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), o en el formulario de nuestro plan que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Las solicitudes de determinación de cobertura se pueden enviar electrónicamente a través de nuestro portal en línea. Puede hacerlo iniciando sesión en su portal para asegurados de hap.org y navegando a la página de cobertura de medicamentos recetados. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que receta) o su representante puede hacerlo. También puede solicitar a un abogado que actúe como su representante. La sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo"** que son los motivos médicos para la excepción. Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por 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.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Para las excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. 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.

- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** tenemos que proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar 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

- En general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Para las excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. 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.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** tenemos que **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 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 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.

- **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 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión, mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que usted va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **"redeterminación"** del plan. Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada"**.

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, se presenta una "apelación estándar" dentro de los 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se presenta dentro de las 72 horas. 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: Usted, su representante, médico o la persona que receta, debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una "apelación rápida".

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **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. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **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 sobre la 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 pueden incluir 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.** Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Paso 3: 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 la persona que receta para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Para apelaciones 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.
    - 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. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar 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" para un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. 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 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. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, tenemos que prestar la cobertura con la rapidez que su salud exija, como máximo, antes de los **7 días calendario** posteriores a la recepción de 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" 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.
- **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 presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se remitirá al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**.A veces se denomina **"IRE".**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "en riesgo" en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- 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**.

- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para fundamentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la "apelación rápida"

- Si su salud lo exigiera, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".
- Si la organización 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.

Fechas límite para la "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, 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.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar 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.

Para "apelaciones estándar":

- **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 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de una solicitud de reembolso** 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 una **parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto es lo que se denomina "defender la decisión". También se denomina "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Que explica su decisión.
- Que le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un determinado 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.
- Le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: 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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de decisión 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 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.

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. 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 decida 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.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los dos días de haber sido admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo.** Le informa:

   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** sobre la decisión de darle el alta si

considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta 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.

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.
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. **Conserve una copia** del aviso a mano, para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso con más de dos días de anticipación a la fecha de alta, 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 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 verlo 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.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente. O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar calidad de atención para personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare. Estos expertos no forman parte

de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿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.

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.**
  - **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 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.

Cuando solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le brinda su fecha de alta prevista y explica 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.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicio al Cliente 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 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (los "revisores") 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.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta planificada. Este aviso también explica 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.

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 respuesta de la organización de revisión *es afirmativa*, **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.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión *es negativa*, 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

Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión 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.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida 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 apelación de Nivel 2, los revisores 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 el 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. 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.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación pasando al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre

cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de decisión 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 7.4 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de la fecha de alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, 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*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida."

- **Solicite una "revisión rápida**." Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite "rápidas" en lugar de "estándar". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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. Verificamos si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y siguió todas las normas.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos acordado con usted que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. 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,** 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.

Paso a paso: Proceso de apelación de nivel 2 *alternativa*

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**.A veces se denomina **"IRE".**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

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. 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.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** tenemos que reembolsarle 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 está de acuerdo en que su

fecha de alta prevista era médicamente adecuada.

- La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

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, usted decide si aceptará esta decisión o pasará a la apelación de Nivel 3.
- 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)

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

Términos legales
"**Aviso de no cobertura de Medicare".** Le informa 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.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. El aviso le informa:

   - La fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una "apelación por vía rápida" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Se les pedirá a usted, o a una persona que lo represente, que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan 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.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente. O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.
La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar calidad de atención para personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) 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.

Actúe de inmediato:

- 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.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- 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.

Términos legales
"**Explicación detallada de no cobertura".** Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (los "revisores") 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 recibirá una **Explicación detallada de la no cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

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 dan una respuesta afirmativa?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **tenemos que seguir suministrando 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). Puede haber limitaciones sobre sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta negativa?

- Si los revisores dan una respuesta *negativa*, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos**.
- 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, en inglés) *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.

- 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 una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión 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.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida otra revisión.

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** 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 si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- 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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de decisión 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 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, 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*

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida.”

- **Solicite una “revisión rápida**.” Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite “rápidas” en lugar de “estándar”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de "revisión 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, 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 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.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**.A veces se denomina **"IRE".**

Paso a paso: Proceso de apelación de nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos para su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión debe modificarse. **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.

Paso 1: Automáticamente enviamos 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. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- 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 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 los 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 una apelación de Nivel 3.

<u>Paso 3:</u> 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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de decisión de nivel 2.
- En la apelación de nivel 3, un juez de derecho administrativo o mediador legal revisa 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. La respuesta por escrito que reciba en su apelación de Nivel 2 explicará cómo 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 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.** A diferencia de la decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) 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.** A diferencia de la decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
  - 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 y cómo continuar con la apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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 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**. 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) 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**. 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 le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de 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 el Servicio al Cliente. Estos son ejemplos de tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

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	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente, u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro 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? o Los ejemplos incluyen esperas prolongadas por teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando se surte un medicamento.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio del médico?
Información que le brindamos	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si 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, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o apelación, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **"queja"** también se denomina **"queja formal".**
- **"Presentar una queja"** también se denomina **"presentar una queja formal".**
- "**Uso del proceso para quejas"** también se denomina "**uso del proceso para presentar una queja formal".**
- Una **"queja rápida"** también se llama **"queja formal acelerada".**

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, el Servicio al Cliente le informará.

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentarnos 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 queja formal 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 la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Livanta.
    - La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

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.
- **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 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**.
- **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 el motivo en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja se trate sobre *calidad de atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad**. 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. El Capítulo 2

contiene información de contacto.

O bien

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Select directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar 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

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su participación en nuestro plan

La finalización de su participación en el plan Senior Care Plus Select puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su participación.
- También hay situaciones limitadas en que debemos finalizar su participación. En la Sección 5, se informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su participación.

Si abandonará nuestro plan, nuestro plan tiene que continuar proporcionando su atención médica y los medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta la finalización de la participación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su participación en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como "período de inscripción abierta anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elige 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, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

    Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados 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.

- **Finalizará su participación en nuestro plan** 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**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage usted puede hacer lo siguiente:**
    - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
    - 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 recetados de Medicare en ese momento.
- **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 Select pueden ser elegibles para finalizar su participación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede reunir los requisitos para finalizar su participación durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplican a usted. 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).

Aviso: 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.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

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 recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados 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.
- **Su participación finalizará en general** el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

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 recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su participación, puede:

- **Llamar al Servicio al Cliente**.
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2023***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan?

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 Select 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 recetados de Medicare. Su inscripción en el plan Senior Care Plus Select se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. • 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 Select 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

Hasta que su participación finalice, y comience su nueva cobertura de Medicare, tiene que continuar recibiendo su atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continuar utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Seguir utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus medicamentos con receta**.
- **Si, el día en que finaliza su participación, se encuentra hospitalizado, su hospitalización 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 Select* 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 Select 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, comuníquese con el Servicio al Cliente para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan.
  - 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 ya 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 recetados.

¿Dónde puede encontrar más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su participación, llame al Servicio al Cliente.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud

El plan Senior Care Plus Select no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la 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. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos con base en la raza, etnicidad, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Servicio al Cliente. Si tiene una queja, por ejemplo, un problema para acceder a una silla de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de 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 los CMS en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federal (CFR, en inglés), artículos 422.108 y 423.462, el plan Senior Care Plus Select, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

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 Senior Care Plus?	
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. • Según 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 objetar o excluirse	• 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. • Senior Care Plus puede divulgar información sobre usted a la Fundación de Renown Health 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, pasantes 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 el 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.
- **Con respecto a operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su información de salud para 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 un 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 pecho.

- 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 familiar, 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 licencias. 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, un 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 del tribunal, mandamiento judicial, citación o un 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 de salud 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 de Medicaid. También podemos divulgar información de salud a un investigador para el fiscal general de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de indemnización por accidentes laborales 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 familiar 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:

Responsable del área de cumplimiento de Hometown Health
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:

Responsable del área de Cumplimiento de Renown Health
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 de salud 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 cesión

Los beneficios proporcionados conforme a esta Evidencia de Cobertura son para el beneficio personal del asegurado y no pueden transferirse ni cederse. Cualquier intento de cederse 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 aplicables 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 están 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 brindan 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 familiares y amigos más cercanos. Si tiene una hospitalización programada, lleve 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 proporcionó?

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 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 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 www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

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 no hospitalizados: Un centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados es una entidad que opera exclusivamente para 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 del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años, en el cual los asegurados pueden cambiar de plan de salud o medicamentos, o pasar a Original Medicare.

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.

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, 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 sino 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 $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra

Medicare.

Plan para atención de necesidades especiales crónicas: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con afecciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coseguro: monto que tal vez deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja: El nombre formal para la "presentación de una queja" es la "presentación de una queja formal". El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los plazos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, 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: Monto que tal vez deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

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", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiera cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

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 costo compartido, 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 recetado 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 documento, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura".

Medicamentos cubiertos: Término que utilizamos para todos los medicamentos recetados

cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados 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 recetados 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, que pueden brindar personas sin capacitación o habilidades profesionales, incluye 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 el 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.

Deducible: monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o **cancelación de inscripción:** El proceso para finalizar su participación en nuestro plan.

Tarifa de despacho: tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empacar la receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos

médicos. Algunos ejemplos incluyen andaderas, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, 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, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad o daños graves en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica 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, en inglés) 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 nuestro vademécum (una excepción al vademécum) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción al vademécum).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o de un estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas del plan de salud, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (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 nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida la queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica controversias de cobertura o pago.

Asistencia médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no requieren 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).

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.

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un asegurado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. 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.

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 $4,660.

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. 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 de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan 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). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales

(ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que prestan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros específicos de LTC (o ser propietario de ellos y operarlos).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan 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 de necesidades especiales 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 o “Lista de medicamentos”): Lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

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 recetados no se contemplan para el 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 de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada - Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldada por ciertos libros de consulta.

Médicamente necesario - Los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud 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, 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).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo 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 recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage 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 la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), ii) un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) una cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

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.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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 personas con Medicare inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Programas Piloto, y Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE, en inglés).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para

ayudar a pagar los medicamentos recetados 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 brechas 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 de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los asegurados de nuestro plan pueden obtener beneficios de medicamentos recetados. 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 para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de salud con licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica. Los "**proveedores que forman parte de la red**" 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. Los proveedores que forman parte de la red también se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la organización: la decisión que toma nuestro plan sobre si están cubiertos artículos o servicios o el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de organización se denominan "decisiones 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 recetados. 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 brindar medicamentos cubiertos a asegurados de nuestro plan. 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 que no tiene un acuerdo con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos 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.

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 recetados de Medicare voluntario.

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. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

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 recetados 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.

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 médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. 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.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y equipos necesarios para reemplazar 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, en inglés): 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.

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 debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. 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 debe 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 en forma continua y diaria, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención 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 recetados, si se muda a un hogar de atención médica especializada, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: Tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para 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 derivación 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 recetados 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 DisabilityRx de Nevada.

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 del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicio al cliente del plan Senior Care Plus Select

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME	**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.
LLAME	**Nations Hearing:** De manera gratuita al 1-(877)-200-4189. TTY 1711. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La llamada a este número es gratuita.
LLAME	**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.
LLAME	**Liberty Dental:** Número gratuito 888-442-3193. La llamada a este número es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 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

Nevada SHIP

Nevada SHIP 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
LLAME	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.*

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.